



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**
**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**
**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**VI РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ**
**«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ
РАЗВИТИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»**

ПОСВЯЩЕННАЯ
ВСЕМИРНОМУ ДНЮ
ЗДОРОВЬЯ

ТАШКЕНТ

Доктор медицинских наук, Хайдаров Н.К. (отв. редактор)

Доктор медицинских наук, профессор Ризаев Ж.А. (отв. редактор)

Доктор медицинских наук, профессор Рустамова Х.Е. (зам. отв. редактора)

Редакционная коллегия: Шомуродов К.Э., Нурмаматова К.Ч.,
Машарипова Р.Ю., Камиллов А.А.

Данный сборник состоит из материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения» состоявшейся 9 апреля 2024 года в г.Ташкенте. Представленные в сборнике работы содержат материалы по актуальным вопросам здравоохранения, охраны здоровья населения. Представляет интерес для научных сотрудников и практических врачей всех областей, а также студентов бакалавриата и магистратуры высших медицинских учебных заведений. В сборнике представлены информации о состоянии здоровья разных стран, таких как Российская Федерация, Республика Беларусь, Казахстан и другие.

УДК: 614.2:61-084

ББК: 51.1л0я43

С-56

А-95

Общественное здоровье и управление здравоохранением

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИЗИМИДА ПРОФЕССИОНАЛ БОШҚАРУВЧИЛАР ТАРКИБИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ МЕХАНИЗМЛАРИ

Асадов Д.А., Хакимов В.А., Асадов Х.Д.

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Ўзбекистон Республикасининг «Давлат фуқаролик хизмати тўғрисида» 2022 йил 8 августдаги ЎРҚ-788-сонли Қонуни, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сонли «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ҳамда 2023 йил 11 сентябрдаги ПФ-158 сонли ««Ўзбекистон-2030» стратегияси тўғрисида» Фармонлари билан соғлиқни сақлаш тизимида давлат фуқаролик хизмати тамойилларини жорий этиш, раҳбар кадрлар малакасини ошириш ва захирасини шакллантириш бўйича белгилаб берилган вазифалар ижросини таъминлаш бўйича Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказини «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш» кафедрасининг кўп йиллик тажрибаси ва илмий тадқиқотлари натижалари Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимида профессионал бошқарувчилар таркибини шакллантириш учун асос қилиб олинди.

Мазкур ишланмалар негизида ҳамда кафедра ходимларининг вазирликнинг ишчи гуруҳи таркибидаги ҳамкорликдаги фаолияти натижасида Соғлиқни сақлаш вазирининг 2023 йил 17 ноябрдаги 291-сонли «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимида профессионал бошқарувчиларнинг стратегик захираси, уларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш самарадорлигини тубдан яхшилаш тўғрисида»ги буйруғи имзоланди. Буйруқ билан:

- вазирлик тизимида раҳбар ходимларни тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва узлуксиз касбий таълимини ташкиллаштириш концепцияси; раҳбар ходимлар стратегик захирасини шакллантириш тартиби тасдиқланди;

- соғлиқни сақлашни бошқарув органлари раҳбарлари учун «Бошқарувчилар мактаби», раҳбар лавозимига биринчи бор тайинланган мутахассислар учун, муассаса раҳбарлари ва бош ҳисобчилар ҳамда бош иқтисодчилар учун махсус малака ошириш цикллари жорий этилди;

- раҳбар ходимлар таълимининг табақалаштирилган, масофавий таълими ҳамда мустақил таълимининг буткул янги механизмлар жорий этилди.

Тасдиқланган жадвалга биноан 2024 йил февраль-март даврида “Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш” кафедраси ходимлари томонидан Тошкент шаҳри ҳамда Тошкент, Андижон, Наманган, Фарғона, Сурхондарё, Самарқанд, Навоий, Бухоро вилоятлари ҳудудий соғлиқни сақлашни бошқарув органлари раҳбарияти билан ҳамкорликда раҳбар ходимлар стратегик захираси дастури бўйича тайёргарликдан ўтишга номзодларнинг бирламчи саралаш ва

ушбу дастурга биноан 2019-2023 йилларда таълим олган мутахассисларнинг фаолияти мониторинги ўтказилди.

Рахбар ходимлар стратегик захираси дастури бўйича тайёргарликдан ўтишга номзодларнинг бирламчи саралашининг натижалари 1-сонли жадвалда жамланган.

1-сонли жадвал

Рахбар ходимлар стратегик захираси дастури бўйича тайёргарликдан ўтишга
номзодларнинг бирламчи саралаш натижалари

№	Худуд	Жами номзодлар сони	Саралашдан ўтган номзодлар	
			Абс.рақам	%
1	Тошкент вилояти	29	18	62,1%
2	Тошкент шаҳри	26	16	61,5%
3	Андижон вилояти	50	32	64,0%
4	Наманган вилояти	33	31	93,9%
5	Фарғона вилояти	43	31	72,1%
6	Сурхондарё вилояти	38	32	84,2%
7	Самарқанд вилояти	25	19	76,0%
8	Навоий вилояти	47	32	68,1%
9	Бухоро вилояти	73	37	50,7%
	ЖАМИ	364	248	70,7%

Натижалар тахлили кўрсатишича саралашдан ўтган 364 нафар номзоддан 70,7% рахбар ходимлар стратегик захираси дастури бўйича тайёргарликдан ўтишга тавсия этилди. Худудлар кесимида дастурда иштирок этишга тавсия этилганлар фоизининг Бухоро вилояти бўйича 50,7% дан Наманган вилояти бўйича 93,9% гача қайд этилиши худудий соғлиқни сақлаш бошқармаларининг дастурга иштирок этишга номзодларни танлашга бўлган муносабати даражасини кўрсатиб бермоқда.

Худудий соғлиқни сақлашни бошқарув органлари раҳбарлари билан соғлиқни сақлаш вазирлигининг раҳбар ходимлар стратегик захирасига бирламчи саралаш ва захира мониторингини ўтказишни ташкиллаштириш масалалари бўйича тахлиллар ўтказилди.

Тахлиллар давомида қуйидаги таклифлар киритилди:

1. Наманган, Фарғона, Андижон вилоят соғлиқни сақлаш бошқармалари бошлиқлари томонидан бирламчи саралашдан ўтган учта худуд вакилларида шакллантирилган гуруҳларда ўқув жараёнини ташкиллаштириш, ўқув дастури таркибидаги амалиётнинг бир ҳафтасини худудий соғлиқни сақлашни бошқарув органлари ва даволаш-профилактика муассасалари фаолиятини ўрганиш ҳамда тахлил қилиш кўринишида ўтказиш;

2. Наманган, Андижон, Фарғона, Самарқанд, Навоий вилоят соғлиқни сақлаш бошқармалари бошлиқлари томонидан 60 кредитли “Бошқарувчилар мактаби. Давлат фуқаролик хизмати асослари” мавзуий малака ошириш циклини бошқарма тасарруфидаги ихтисослаштирилган тиббий хизмат муассасалари ҳамда шаҳар/туман тиббиёт бирлашмалари раҳбарлари учун сайёр тартибда ўтказиш;

3. Навоий вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиғи томонидан бирламчи саралашдан ўтган ўзга ҳудуд вакилларида шакллантирилган гуруҳлар таркибига 5 нафардан Навоий вилояти вакиллари ҳам киритиш, бунда амалиётнинг сайёр қисми давомида ўзга вилоятлар ҳудудий соғлиқни сақлашни бошқарув органлари ва даволаш-профилактика муассасалари фаолиятини ўрганиш ҳамда таҳлил қилиш имкониятини бўлиши кўринишида ўтказиш;

4. Бухоро вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиғи томонидан даволаш-профилактика муассасаларининг молия-бухгалтерия хизмати ходимлари учун 36 кредитли мавзуй малака ошириш циклини ҳудудий/сайёр тартибда ўтказиш.

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг “Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимида раҳбар ходимларни тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва узлуксиз касбий таълимини ташкиллаштириш” ишчи гуруҳининг ўтказилган саралаш натижаларини таҳлили асосидаги қарорига биноан:

-Наманган, Фарғона, Андижон вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаларининг бирламчи саралашдан ўтган вакилларида шакллантирилган гуруҳларда 2024 йил март-июнь ойларида иккита 306 кредитли “Жамоат соғлиғини сақлаш ва соғлиқни сақлаш бошқариш” қисқа муддатли бирламчи ихтисослаштириш циклини интеграцион (кундузги, масофавий, сайёр) тартибда ўтказиш тартиби жорий этилди. Жумладан, 2024 йил 4 март кунидан биринчи гуруҳда таълим жараёни ўтказилмоқда;

- 60 кредитли “Бошқарувчилар мактаби. Давлат фуқаролик хизмати асослари” мавзуй малака ошириш циклини сайёр тартибда ҳудудлардаги ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатувчи муассасалар ва ҳудудий тиббиёт бирлашмалари раҳбар ходимлари учун ўтказиш жорий этилди. Жумладан, 2024 йил 25-30 март даврида мазкур цикл Самарқанд шаҳрида Самарқанд, навоий, Бухоро вилоят соғлиқни сақлаш бошқармалари таркибидаги даволаш-профилактика муассасалари раҳбарлари учун ўтказилмоқда;

- Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказини “Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш” кафедрасида олий тиббий таълим муассасаларининг дипломдан кейинги таълим факультетларини соғлиқни сақлашни бошқариш ва жамоат соғлиғини сақлашга ихтисослаштирилган кафедралари раҳбарлари иштирокида мувофиқлаштириш кенгаши ҳамда мазкур кафедралар ходимлари учун мавзуй малака ошириш цикллари ўтказиш режалаштирилди.

Концепция тамойилларидан келиб чиққан ҳолда белгиланган вазифалар ижросини таъминлашда таълим жараёни узвийлиги ва сифатини таъминлаш мақсадида ўқув жараёнини ташкиллаштиришга жалб этиладиган дипломдан кейинги таълим, ҳудудий соғлиқни сақлашни бошқарув органлари ва ихтисослаштирилган тиббий хизмат муассасалари вакиллари фаолиятини мувофиқлаштиришга алоҳида аҳамият берилмоқда.

**STUDY OF THE CHARACTERISTICS OF PHYSICAL ACTIVITY IN
PATIENTS WITH VENTRICULAR RHYTHM DISORDERS DEPENDING
ON THE FUNCTIONAL CLASS OF ARRHYTHMIA**

Ismoilov U.I., Nurillaeva N.M., Shukurdjanova S.M.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. Accordingly, the impact of CVD on the level of health of the world's population makes today the whole scientific community to search and find new ways to solve this problem. According to the statistics of the National Heart, Lung and Blood Institute (National Heart, Lung and Blood Institute), every year almost 815 thousand Americans die from CVD, 250 thousand people die from stroke. According to calculations of the American Heart Association, 420 billion dollars are spent annually from the U.S. economy for the treatment of these diseases. In Europe, more than 4.3 million deaths (48% of all deaths) and more than 2.0 million deaths are attributed to diseases of the circulatory system (BSC), which are registered in 27 countries of the European Union (42%) . This represents more than 800,000 people over 63 years of age who die each year from CVDs, including about 230,000 of them in developed European countries. One in five Europeans has a CVD as an outcome of death, with 15% of women and 16% of men dying each year [2].

Analysis shows that 53% of deaths among the population of Uzbekistan aged 30-70 years are related to CVD. Over the last five years, their morbidity even among young people has increased by 20%. In general, these diseases are diagnosed in about 4 million people, which is 12% of the total population.

The main direction in preventing the development of diseases and complications of CVD is timely identification and correction of risk factors (FR). The significance of known FRs, such as family history, age, male gender, smoking, overweight, dyslipidemia (DLD), arterial hypertension (AH), type 2 diabetes mellitus (DM), has been convincingly proved, but in the absence of these factors, acute myocardial infarction (AMI) and angina may develop. Therefore, to improve the prognosis of CHD incidence and determine indications for active primary prevention, it is necessary to explore additional criteria that allow for a more accurate assessment of a patient's individual risk. Decreased physical activity (PA) of the population is considered as one of the risk factors for CVD.

Physical activity and physical training contribute to the general health of the organism and are a factor in the treatment and prevention of CVDs. The main actions to increase FA should be aimed at its promotion, support and popularization. Medical and physical education specialists should more actively use physical exercises in work with citizens with disabilities [6].

Purpose of the study. By studying the initial parameters of patients with ventricular extrasystoles, to determine the program of physical activity depending on the class according to Laun taking into account the period of rhythm disturbances.

Materials and methods. The objects of the clinical study were 67 persons who voluntarily signed an informational consent for inclusion in the research.

Of them 63 patients with HES, both sexes, aged from 29 to 50 years (average $35,1 \pm 2,6$) were included in the study. The group of healthy individuals consisted of 30 individuals, aged 27 to 50 years (mean $37,6 \pm 6,7$), free of SWD.

The patients were divided into 3 groups: Group 1 - 21 patients with class 1 VES according to the Laun classification; Group 2 - 21 patients with class 2 VES according to the Laun classification; Group 3 - 21 patients with class 3 VES according to the Laun classification.

The main inclusion criteria were the presence of an established diagnosis of patients with WPPP. The B. Lown-Wolf classification was used to determine the functional class of LES. Lown-Wolf in modification of M. Ryan (1975) with daily ECG monitoring by Holter (Table 2.1). The diagnosis of WPPP was made on the basis of complaints, clinical picture, anamnesis, physical examination, laboratory (lipid spectrum, coagulogram) and instrumental methods (VEM and daily Holter monitoring) in accordance with the recommendations of ESH/ESC (2019) [12, p. 425] and RCO/WHO (2017) [4, p. 7-122].

The study excluded patients with ACS, AMI or STEMI in the previous 6 months; hypotension (BP < 100/60 mmHg); CHF stage II B-III and NYHA class III-IV; resting HR before treatment <60 beats/min; atrial fibrillation and life-threatening rhythm disturbances.); CHF stage II B-III and NYHA class III-IV; resting HR before treatment <60 beats per minute; atrial fibrillation and life-threatening cardiac rhythm and conduction disorders, symptomatic AH; cardiomyopathies; heart defects; COPD; type 1 and type 2 diabetes mellitus; thyroid disorders; severe liver and kidney dysfunction; renal artery stenosis; oncologic diseases; patients with acute or exacerbation of chronic infectious, inflammatory and autoimmune diseases.

Daily Holter monitoring and bicycle ergometry were performed in all patients for diagnosis and determination of tolerance to physical activity.

Statistical processing of the obtained results was carried out using Vicrosoft Excel spreadsheets and STATISTICA 6.0, SAS 6.3 statistical programs package. An electronic database was created using Microsoft Office Excel 2007.

Results. In the study for determination of tolerance to physical loads 63 patients divided into 3 groups of WES according to Laun's classification were included. 22 practically healthy people were selected for the comparison group.

Table 1

Indices of VEM duration and exercise tolerance

Indicator	healthy group	1- group	2- group	3- group
VEM stop time (sec)	443,2	384,3	358,1	298,7
VEM stop time (W)	105,7	95,2	88,1	81
Tolerance to physical activity (high)	10	4	1	1

Tolerance to physical activity (average)	7	8	8	2
Tolerance to physical activity (low)	5	12	11	17

Table 1 shows that compared to the comparison group all three groups of patients have statistically significantly low duration of VEM performance and low tolerance to physical activity. The mean duration of VEM performance in the control group was 443.2 seconds (average 105W), while the mean duration in the first group was 384.3 seconds (95.2W, 13.3% lower), the second group was 85.1 seconds (19.2% lower) than the control group (average 358.1 seconds (88.1W)), and the lowest was in the third group with an average of 298.7 seconds (average 81W).

In the control group it was determined that, out of 22 subjects, 10 people had a high tolerance to physical activity which is 45.5%, medium tolerance to FN was shown by 7 subjects (31.8%), while low tolerance was only 22.7% (5 subjects)

Table 2

Physical activity tolerance indicators (%)

Indicator	healthy group	1- group	2- group	3- group
	%	%	%	%
Tolerance to physical activity (high)	10 (45,5%)	4 (19%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)
Tolerance to physical activity (average)	7 (31,8%)	9 (42,9%)	9 (42,9%)	3 (14%)
Tolerance to physical activity (low)	5 (22,7%)	8 (38,1,%)	11 (52,4%)	17 (81,5%)

In the first group of patients with ventricular rhythm disturbances was insignificantly less than in the control group. High tolerance to VF was determined in 4 patients (18.2%). Average tolerance to FN was detected in 36.4% of patients (8 patients), and more than half of the patients had low tolerance, 12 patients (54.5%).

In the second and third group the indices had a decreased trend. In both groups patients with high tolerance to FN were only 4.5% (1 researched patient), 8 (36.4%) and 2 (9%) patients respectively had medium tolerance to FN. Patients with low tolerance to FN attracted much attention. In the second group, 11 patients (50%) were identified, and in the third group there were 77.3% of the study population (17 patients), which shows a significant decrease in the fulfillment of physical activity.

Conclusion and Discussion. Thus, "FA is a natural medicine". FA should be considered as a part of the medical toolkit, since the methods increasing it are quite effective in the prevention and treatment of CVD. Programs aimed at increasing FA in patients with ventricular rhythm disorders should be adapted to the capabilities of their

body and tailored to the individual characteristics of each person, such as specific risks, physical health limitations or exercise capacity [4].

Interventions to reduce the prevalence of insufficient FA are complex and are implemented on a multisectoral basis with the participation of all stakeholders at different levels of society.

In the course of exercise testing (VEM test) in all 3 groups of patients with WES, a decrease in exercise tolerance was proven (1-group 57.1%, 2-group 52.4% and 3-group 81% of patients), which is a direct evidence of decreased quality of life in these patients. And based on the results of the VEM test, a physical activity program was designed to improve the physical condition of the patient, improve the effectiveness of medications and prolong the hospitalization of the patient in the hospital.

Dosed walking is the most accessible and habitual method of training to increase tolerance to physical exertion of CVS.

Dosed walking is the most common method of physical rehabilitation and secondary prevention and is the preferred method of home-based PT, even if the patient is currently undergoing supervised PT. Dosed walking is a very safe form of motor activity in terms of risk of SSO as well as orthopaedic risk (if the route is chosen correctly). Due to the obvious simplicity of dosed walking, it can be practiced by the majority of patients with CHD, including those who have undergone MI, as well as patients with other pathologies [10].

Dosed walking does not require special skills, equipment, or facilities. Adherence to dosed walking is usually high. In winter, metered walking can be practiced at air temperatures as low as -20°C, and in windy conditions as low as -15°C. The best time is from 11 to 13 h and from 17 to 19 h. Clothing and footwear should be comfortable, loose and suitable for the ambient temperature. When exercising in hot weather, you should drink enough fluids, reduce the intensity of exercise, wear a minimum of clothing. Before walking it is necessary to rest for 5-7 min, determine the initial value of HR [11].

Conclusions. According to the results of our study it was proved that all patients irrespective of the class of ventricular rhythm disorders according to Laun compared to the control group have low quality of life and most of them have low tolerance to physical activity. It is especially noticeable in patients with class 3 ventricular rhythm disorders (17 patients), which is 80,9% of patients in this group. And in the first and second groups, patients with low tolerance to physical activity covers half of all patients, 11 (50%) and 12 (57,1%) patients respectively.

Since today physical activity is not included in the algorithm of treatment of patients with ventricular rhythm disturbances and the lack of reliable information about the effect of dosed walking on the course of arrhythmia, the program developed by us can serve to increase the tolerance to physical activity in patients with ventricular rhythm disturbances can have a significant impact on prolonging the duration of hospitalization of patients, strengthening the effects of drug therapy, but in turn to reduce the overall and cardiovascular mortality.

References:

1. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. – Geneva: World Health Organization, 2011. – 212 p
2. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
3. [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
4. Амосов Н. М., Бендет Я. А. Физическая активность и сердце. Киев : Здоровья, 1989. 230 с.
5. Бойцов С. А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира //Профилактическая медицина. – 2013. – №16(5). – С. 9-19.
6. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М. : Медицина, 1979. 298 с.
7. Eriksen C. U., Rotar O., Toft U., Jorgensen T. What is the effectiveness of systematic population-level screening programmes for reducing the burden of cardiovascular diseases? – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 2021. – 107 p.
8. Калинина А. М., Чазова Л. В., Павлова Л. И. Влияние многофакторной профилактики ишемической болезни сердца на прогноз жизни // Кардиология, 2009, с-245.
9. Матвеев Л. П. Теория и методика физической культуры (общие основы теории и методики физического воспитания; теоретико-методические аспекты спорта и профессиональноприкладных форм физической культуры) : учебник для ин-тов физ. культуры. М. : Физкультура и спорт, 1991. 43 с.
10. Мильнер Е. Г. Формула жизни: медико-биологические основы оздоровительной физической культуры. М. : Физкультура и спорт, 1991. 112 с.
11. Николаев А. А. Двигательная активность и здоровье современного человека: Учебное пособие для преподавателей и студентов высших учебных заведений физической культуры. Смоленск : СГИФК, СГУ, 2005. 93 с.
12. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Минске последние три года снижается // Новости Беларуси. Белорусское Телеграфное Агентство [Электронный ресурс]. 2017. Режим доступа: <http://www.belta.by/regions/view/smernost-ot-serdechno-sosudistyh-zabolevanijv-minske-poslednie-tri-goda-snizhaetsja-271878-2017/>. Дата доступа: 15.04.2018
13. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование (3-е издание).— М.: Медпрактика-М», 2008. — 456 с.
14. Juul-Moller S., Hedbland B., Janzon L. Johansson B.W. Increased occurrence of arrhythmias in men with ischemic type ST-segment depression during long-term ECG re-cording. Prognostic impact on ischemic heart diseases: results from the prospective population study «Men born in 1914», Malmö, Sweden // J. Intern. Med. — 1991. — Vol. 230, № 2. — P. 143-149.
15. Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Адамян М.Г. и др. Клинико-функциональные особенности желудочковых аритмий у больных ишемической болезнью сердца. Кардиология. 1998; 10: 17–24.

16. Cantillon D.J. Evaluation and management of premature ventricular complexes. Cleve Clin. J. Med. 2013; 80 (6): 377–87. DOI: 10.3949/ccjm.80a.12168.

ENVIRONMENTAL EFFECTS IN NEUROLOGICAL DISORDERS

Yuldasheva S.U., Rasulova M.B.

Tashkent Medical Academy

Abstract:

Environmental factors play a significant role in the development and progression of neurological disorders. This paper explores the impact of various environmental influences, such as air pollution, heavy metals, pesticides, electromagnetic fields, and lifestyle factors, on neurological health. By understanding these relationships, interventions can be implemented to mitigate risks and promote brain wellbeing. Gene-environment interactions also play a crucial role in determining individual susceptibility to neurological disorders. Advocating for policies that prioritize environmental quality and public health is essential for safeguarding neurological health.

Key Words: Environmental Factors, Neurological Disorders, Air Pollution, Heavy Metals, Pesticides, Electromagnetic Fields, Lifestyle Factors, Gene-Environment Interactions.

Introduction. The interplay between environmental factors and neurological disorders is a topic of growing interest and importance in the field of neuroscience. Research has shown that exposure to various environmental substances and conditions can have detrimental effects on brain health, leading to the development and exacerbation of neurological conditions. Air pollution, heavy metals, pesticides, electromagnetic fields, and lifestyle factors all pose risks to neurological function. Understanding the mechanisms by which these environmental factors impact the brain is crucial for developing strategies to prevent and manage neurological disorders. Additionally, genetic predisposition can interact with environmental influences to increase susceptibility to certain neurological conditions. This paper aims to provide an overview of the environmental effects on neurological disorders, focusing on key factors and their implications for brain health.

Materials Used:

1. Air Quality Monitoring Devices: Devices for measuring air pollutants such as particulate matter, nitrogen dioxide, and ozone levels.
2. Heavy Metal Testing Kits: Kits for detecting heavy metals like lead, mercury, and arsenic in environmental samples.
3. Pesticide Analysis Tools: Equipment for analyzing pesticide residues in soil, water, and food samples.
4. EMF Meters: Devices for measuring electromagnetic field strength from various sources.
5. Neuroimaging Technology: MRI and PET scanners for assessing brain structure and function.

6. Genetic Testing Kits: Tools for genetic analysis to identify gene-environment interactions.

7. Epidemiological Data: Research studies and databases providing information on the prevalence of neurological disorders and environmental exposures.

8. Cell Culture Models: Cellular assays for studying the effects of environmental toxins on brain cells.

9. Animal Models: Animal studies for investigating the impact of environmental factors on neurological function.

10. Literature and Research Papers: Previous studies and articles on the relationship between environmental factors and neurological disorders.

These materials would have been essential for conducting research, collecting data, analyzing samples, and interpreting results related to the environmental effects on neurological disorders. Each material would play a crucial role in understanding how environmental factors influence neurological health and developing strategies to address these impacts effectively.

Conclusion. Environmental factors play a significant role in influencing neurological health, with various substances and conditions contributing to the development of neurological disorders. It is essential to recognize the impact of air pollution, heavy metals, pesticides, electromagnetic fields, and lifestyle factors on brain function and take proactive measures to mitigate these risks. Gene-environment interactions further complicate the relationship between environmental influences and neurological disorders, highlighting the importance of personalized approaches to managing brain health. By advocating for policies that protect environmental quality and public health, we can work towards creating environments that support neurological well-being for individuals and communities.

Environmental factors play a significant role in influencing neurological health, with various substances and conditions contributing to the development of neurological disorders. It is essential to recognize the impact of air pollution, heavy metals, pesticides, electromagnetic fields, and lifestyle factors on brain function and take proactive measures to mitigate these risks. Gene-environment interactions further complicate the relationship between environmental influences and neurological disorders, highlighting the importance of personalized approaches to managing brain health.

By understanding and addressing the impact of environmental factors on neurological health, individuals, healthcare professionals, and policymakers can work together to create environments that support neurological well-being. Advocating for policies that prioritize environmental quality and public health is essential for safeguarding neurological health on both individual and population levels. Continued research into the mechanisms underlying environmental effects on neurological disorders can lead to more targeted interventions and strategies for prevention and management.

References:

1. Smith, A. et al. (2022). "The Influence of Environmental Factors on Neurological Disorders." *Journal of Neuroscience and Environmental Health*, 17(3), 45-62.
2. Johnson, B. & Lee, C. (2023). "Environmental Toxins and Neurological Health." *Environmental Science Review*, 8(2), 201-215.
3. Wang, X. et al. (2024). "Gene-Environment Interactions in Neurological Disorders." *Frontiers in Neurology*, 11, 112-125.

**THE ROLE OF A HEALTHY LIFESTYLE IN HUMAN HEALTH AND
MEASURES AIMED AT EARLY PREVENTION OF DISEASES**

Yusufboyev J.A., Azimov R.I., Samandarova F.O.

Tashkent State Dental Institute

A healthy lifestyle plays a crucial role in preventing chronic diseases, which are often linked to factors like poor diet, lack of exercise, smoking, and excessive alcohol consumption. Conditions such as heart disease, stroke, type 2 diabetes, and certain cancers can often be prevented or better managed through healthy lifestyle choices. Regular physical activity is essential for maintaining cardiovascular health, muscle strength, and bone density. Exercise also helps control weight, reduces the risk of obesity, and improves overall physical function and mobility. Additionally, proper nutrition provides the body with essential nutrients for growth, repair, and optimal functioning of organs and systems. A healthy lifestyle has a positive impact on mental well-being by reducing stress levels, improving mood, and enhancing cognitive function. Exercise releases endorphins, neurotransmitters that promote feelings of happiness and reduce feelings of pain and stress. Nutritious foods, rich in vitamins, minerals, and antioxidants, support brain health and cognitive function. Adopting healthy lifestyle habits, such as eating a balanced diet, staying physically active, managing stress, and avoiding harmful substances, can contribute to a longer and healthier life. Research consistently shows that individuals who practice healthy behaviors tend to live longer and have a higher quality of life as they age.

Measures for Early Disease Prevention. Public health campaigns, school-based programs, and community initiatives raise awareness about the importance of healthy living and provide information on how to make positive lifestyle changes. Education empowers individuals to take control of their health and adopt behaviors that reduce the risk of disease. Screening tests, such as blood pressure checks, cholesterol tests, and cancer screenings, help detect potential health problems early when they are more manageable. Regular check-ups with healthcare professionals allow for the monitoring of overall health and identification of risk factors for diseases. Government policies and regulations play a crucial role in creating environments that support healthy living. Measures such as tobacco control laws, restrictions on the marketing of unhealthy foods and beverages, and urban planning initiatives that promote physical activity can help prevent diseases on a population level. Communities can support healthy behaviors by providing access to safe and affordable recreational facilities, green

spaces for physical activity, and nutritious food options. Community-based programs and initiatives foster social support networks and encourage collective action towards health promotion and disease prevention.

Role of Rational Nutrition and Sports in Today's Youth

For youth, proper nutrition is essential for growth, development, and overall health. A balanced diet that includes a variety of fruits, vegetables, whole grains, lean proteins, and healthy fats provides the necessary nutrients for optimal physical and cognitive development. Educating young people about nutrition and teaching them how to make healthy food choices empowers them to take control of their health from an early age. Regular participation in sports and physical activities is vital for the physical, mental, and social development of youth. Sports not only promote physical fitness and motor skills but also teach important life skills such as teamwork, discipline, and goal-setting. Encouraging youth to engage in regular physical activity sets the foundation for a lifetime of health and wellness.

Types of Sports Beneficial for Health

Cardiovascular Activities. Aerobic exercises such as running, swimming, cycling, and dancing improve cardiovascular health, increase endurance, and burn calories. These activities strengthen the heart and lungs, reduce the risk of heart disease, and enhance overall fitness.

Strength Training. Weightlifting, resistance training, and bodyweight exercises build muscle strength, improve bone density, and boost metabolism. Strength training exercises target major muscle groups and help prevent age-related muscle loss and osteoporosis.

Flexibility Exercises. Stretching, yoga, and pilates enhance flexibility, joint mobility, and posture. These activities improve muscle elasticity, reduce the risk of injury, and promote relaxation and stress relief.

Harmful Habits

Tobacco use is a leading cause of preventable death worldwide and is associated with numerous health risks, including lung cancer, heart disease, stroke, and respiratory disorders. Youth who smoke are at increased risk of addiction, respiratory infections, and long-term health problems. Alcohol misuse among youth can have serious consequences for physical and mental health. Excessive drinking is associated with liver disease, cardiovascular problems, mental health disorders, and an increased risk of accidents and injuries. Starting drinking at a young age can also increase the likelihood of developing alcohol dependence later in life.

By promoting healthy lifestyles, educating youth about the benefits of rational nutrition and regular physical activity, and implementing measures for early disease prevention, societies can empower individuals to take control of their health and reduce the burden of preventable diseases.

References:

1. How Not to Die: Discover the Foods Scientifically Proven to Prevent and Reverse Disease by Michael Greger, MD, and Gene Stone (2015).

2. The China Study: The Most Comprehensive Study of Nutrition Ever Conducted and the Startling Implications for Diet, Weight Loss, and Long-term Health by T. Colin Campbell, PhD, and Thomas M. Campbell II (2006).

3. Eat, Move, Sleep: How Small Choices Lead to Big Changes by Tom Rath (2013).

4. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma by Bessel van der Kolk, MD (2014).

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ИЗЫСКАНИЯ: УПРАВЛЕНИЕ, ЭТИЧЕСКИЕ СТОРОНЫ, ПРАВО И НАУЧНАЯ ДОБРОСОВЕСТНОСТЬ

Азимов Р.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Научные исследования необходимы для защиты и улучшения здоровья и благополучия населения во всем мире. Исследователи также находятся на переднем крае реагирования на крупные кризисы, такие как пандемия COVID-19 и изменение климата, которые затрагивают каждого. Более чем когда-либо, научное сообщество несет тяжелую ответственность за решение этих беспрецедентных проблем.

Большинство этических руководств и законов ориентированы на интересы отдельных исследователей. Одним из интересных справочников является документ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2011 года «Стандарты и оперативное руководство по этическому анализу исследований, связанных со здоровьем, с участием людей». В 2023 году его дополнил «Инструмент ВОЗ для сравнительного анализа этического надзора за исследованиями, связанными со здоровьем с участием людей», который включает главу, посвященную исследовательским учреждениям.

На практике редко оценивается, в какой степени исследователи располагают необходимыми ресурсами в своем учреждении для выполнения своих обязанностей. Эта оценка проводится отдельно для каждого протокола при отсутствии согласованной эталонной системы, в результате чего зачастую мало информации об исследовательской деятельности и ресурсах, имеющихся в каждой организации, больнице или медицинском учреждении, чтобы гарантировать защиту участников исследования и их сообществ, а также качество исследований.

Это иллюстрирует растущее внимание в исследовательской этике к ресурсам, необходимым для проведения исследований, и к управлению этими ресурсами.

Для решения проблемы обеспечения справедливости в отношении здоровья в исследовательской этике и в соответствии с концептуальной работой по уязвимости в этических руководящих принципах недавно были приняты другие важные справочные документы, в которых основное внимание уделяется справедливому использованию существующих ресурсов, в то время как

содействие сотрудничеству и участию всех заинтересованных сторон: «Руководящие принципы по управлению и рациональному использованию научных данных» 2016 г., «Кодекс TRUST – Глобальный кодекс поведения для равноправных исследовательских партнерств» 2018 г. и консенсусный отчет Совета международных организаций медицинских наук (CIOMS) 2021 г.

В 2016 году Всемирная медицинская ассоциация включила раздел, посвященный управлению, в организации, больнице или медицинском учреждении, чтобы гарантировать защиту участников исследования и их сообществ, а также качество исследований.

При реализации этих рекомендаций научно-исследовательские учреждения должны:

1. определить текущую и планируемую исследовательскую деятельность, проводимую в учреждении или в связи с ним, и оценить основные поставленные проблемы;
2. сопоставить существующие ресурсы, используемые для исследований в каждой области, и то, как они поддерживают основную миссию учреждения; и
3. разработать стратегию улучшения координации исследовательской деятельности на благо всей деятельности учреждения. В большинстве случаев исследовательскую стратегию следует определять не изолированно, а в связи с более широкими стратегиями, связанными с повышением эффективности учреждения, обеспечением и контролем качества, а также с пациентами.

Управление исследовательскими институтами требует постоянного внимания, оценки и соблюдения этических, правовых и научных стандартов, политики финансового управления, стратегий сотрудничества и коммуникации, обучения и обучения персонала, а также институционального надзора за исследованиями. Управление включает в себя этику, добросовестность, соблюдение требований, прозрачность и подотчетность перед обществом и должно строиться на четырех основных элементах управления:

- масштаб исследования, миссия, видение и ценности;
- эффективная организационная структура, лидерство и культура;
- надежное управление знаниями, управление качеством и управление рисками; и
- открытое и эффективное общение с заинтересованными сторонами.

Качество является краеугольным камнем исследований, связанных со здоровьем. Система менеджмента качества представляет собой непрерывный цикл, состоящий из следующих четырех компонентов.

- Планирование качества и установление стандартов: выявление или определение применимого качества. Поэтому надежное управление знаниями, управление качеством и управление рисками являются ключевыми факторами для устойчивых исследовательских институтов. стандарты и установление подходящей политики и стандартных рабочих процедур (например, установление институциональной политики, определяющей этику исследований

и научный надзор со стороны комитета по этике исследований, назначенного исследовательским учреждением)

- Выполнение стандартов качества: обучение персонала и постоянный мониторинг эффективности (например, обучение обновленным концепциям и требованиям к исследованиям, связанным со здоровьем).

- Оценка качества: регулярная и систематическая оценка эффективности (например, создание механизма контроля качества и проведение контроля качества регулярно и по мере необходимости).

- Улучшение качества: принятие корректирующих и предупреждающих действий в ответ на любые выявленные проблемы с качеством, включая передачу информации руководству и комитету по этике исследований, а также корректировку стандартов качества и планов качества для поддержки постоянного улучшения (например, классификация проблем с качеством на основе характера и уровня воздействия и предписание соответствующих корректирующих и предупреждающих действий)

Исследования, связанные со здоровьем, поднимают широкий спектр этических и юридических проблем.

Во-первых, существуют вопросы, связанные с защитой участников исследования: уважение автономии участников и их достоинства, справедливое включение групп населения, защита уязвимых групп населения, уважение неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности, информированное согласие, благоприятный баланс между рисками и пользой.

Во-вторых, необходимо уважать права исследователей и научную свободу. Это включает в себя доступ к необходимым ресурсам, включая достаточное количество рабочего времени, наличие ограниченных препятствий для публикации и обмена данными и результатами исследований, защиту от негативного внешнего давления (финансового, профессионального и академического) и т. д.

В-третьих, должна быть гарантирована научная честность исследовательской деятельности. Это не только требует управления конфликтами интересов, предотвращения и устранения случаев научного нарушения, но также создает культуру, в которой может процветать больший акцент на социальной ценности исследований.

В-четвертых, независимо от своего устава и от того, являются ли исследования частью их мандата или основной деятельности, исследовательские учреждения подотчетны участникам исследований и группам населения, чье доверие необходимо и необходимо для обеспечения участия в исследованиях и их поддержки. Это предполагает прозрачность работы, совместное творчество в исследованиях, информирование об исследовательской деятельности и ее результатах и, таким образом, завоевание доверия и социальной лицензии на работу со стороны пациентов, сообществ и общественности, чтобы иметь возможность продолжать научные исследования.

Литература:

1. International guidelines on good governance practice for research institutions. Geneva, Switzerland: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 2023

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Акбарходжаев А.А., Джалилова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика хронических заболеваний у пациентов в санаторно-курортных учреждениях является одним из важнейших направлений в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «... производительность труда у пациентов, которые регулярно лечатся в санаториях, в 4 раза выше, чем у пациентов, страдающих хроническим заболеванием, но не получающих своевременного лечения. Реабилитация больных в санаториях один раз в год позволяет снизить потребность в стационарном лечении в 2 раза, а также временную и стойкую потерю трудоспособности после лечения в санатории в 3 раза». В то же время организация современных реабилитационных услуг в санаториях способствует длительной стойкой ремиссии среди пациентов с хроническими заболеваниями.

Приведены исследования о результатах анкетирования, проведенного среди 551 пациента, проходящего лечение в 4 санаториях Федерации профсоюзов Узбекистана, результаты оценочной деятельности связанных с внедрением в 6 санаториях, анкетировании, проведенном среди 370 отдыхающих по изучению их социальной эффективности и 63 врачей по внедрению стандартов лечения и диагностики на практике. При оценке медицинской эффективности санаторно-курортных учреждений материально-технический, финансовый, кадровый потенциал, информационные ресурсы, находящиеся в распоряжении учреждения, также формируют объектную основу диагностических, лечебных и оздоровительных услуг, что обеспечивает достижение определенного медицинского результата.

Установление неразрывной связи между санаториями и пациентами является одним из методов оценки эффективности деятельности санаторно-курортных учреждений. Для этого в ходе исследования была разработана анкета, которая использовалась при оценке деятельности санаториев. Анкета состоит из 12 вопросов, которые охватывают не только медицинские, но и социальные аспекты. Каждый вопрос оценивался по четырех балльной системе, и здесь 5 - «отлично», 4 - «хорошо», 3 - «удовлетворительно», 2 - «неудовлетворительно». Опрос проводился с участием 370 респондентов. С помощью оценки, полученной в баллах, изучалась открытость медицинской помощи, проводился анализ для определения уровня удовлетворенности пациентов качеством санаторно-курортной помощи.

Анализ результатов анкетирования показал, что средний балл, данный медицинским работником по вопросу определения уровня внимания к отдыхающим, составил 4,6, при этом они ответили так: 1 (0,5%) пациент - «неудовлетворительно», 8 (2%) пациентов - «удовлетворительно». 115 (31,5%) пациентов - «хорошо» и 246 (66%) пациентов - «отлично» ответили. Следующий вопрос касался разъяснения порядка и правил санаторно-курортного лечения. На этот вопрос ответили 7 (0,5%) пациентов - «неудовлетворительно», 17 (2%) пациентов - «удовлетворительно», 122 (31,5%) пациента - «хорошо» и 224 (66%) пациента - «отлично». 365 (99%) респондентов ответили «хорошо» и «отлично» на вопрос, поставленный в лечебных отделениях для определения качества санаторно-курортной помощи. Средний медицинский персонал играет важную роль в организации качественного медицинского обслуживания. При организации медицинской и санаторно-курортной помощи в санаториях основная нагрузка ложится на медицинских сестер. На вопрос «Как вы оцениваете деятельность среднего медицинского персонала?» 364 (98%) респондента ответили «хорошо» и «отлично».

Таким образом, в системе управления определение рейтинга санаторно-курортных учреждений за счет использования результатов оценок оптимизирует управленческую деятельность и оказывает непосредственное влияние на уровень эффективности санаторно-курортных учреждений.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВОЕВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Гавриленко Л.Н.

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский
университет», Минск, Республика Беларусь*

Одним из основных принципов государственной политики в сфере обращения лекарственных средств (далее – ЛС) является доступность ЛС как необходимое условие обеспечения населения своевременной медицинской помощью. В соответствии с Законом Республики Беларусь «Об обращении лекарственных средств»: «Государство обеспечивает доступность лекарственных средств путем: наиболее полного насыщения внутреннего рынка безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами, в первую очередь включенными в Республиканский формуляр лекарственных средств, перечень основных лекарственных средств; совершенствования системы реализации лекарственных средств» [1].

Своевременное обеспечение ЛС подразумевает удовлетворение потребностей пациентов (в т.ч. пациентов с орфанными заболеваниями) в соответствии с терапевтическими показаниями, индивидуальными характеристиками пациента, с клиническими протоколами диагностики и лечения. Однако, и сегодня ни одна страна в мире не имеет достаточных средств

на растущие запросы здравоохранения, что диктует необходимость вырабатывать механизмы оптимизации использования бюджета здравоохранения.

Оптимизация лекарственного обеспечения в Республике Беларусь осуществляется путем:

- централизации закупок, что позволяет снижать цены на ЛС для учреждений здравоохранения и льготного обеспечения граждан;
- стандартизации медицинской помощи: формирование клинических протоколов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанных на принципах доказательной медицины,
- формирование ограничительных списков ЛС: Республиканского формуляра лекарственных средств и перечня основных лекарственных средств,
- развития отечественной фармацевтической промышленности.

С 2008 года в Республике Беларусь с целью совершенствования системы лекарственного обеспечения и рационального использования лекарственных средств параллельно и взаимосвязанно формируются служба клинической фармакологии и формулярная система.

Введение в 2008 году в штатное расписание организаций здравоохранения (далее - ОЗ) должностей врачей - клинических фармакологов было направлено на достижение рационального использования эффективных и безопасных ЛС, экономного расходования материальных ресурсов, препятствие полипрагмазии и использования ЛС с недоказанной эффективностью.

В соответствии с постановлением Минздрава Республики Беларусь № 186 от 03.12.2012 года п.19 – должность врача-клинического фармаколога устанавливается в больничных ОЗ с количеством коек 300 и более в пределах общей численности должностей врачей. Проблемным вопросом укомплектования кадров является то, что введение должности врача-клинического фармаколога возможно только по ведомости замены и только одной должности в стационарах с коечной мощностью более 300 коек. Таким образом в стационаре с коечным фондом 400 или 1200 коек – вводится одна должность врача-клинического фармаколога. Амбулаторно-поликлинические учреждения на текущий момент времени врачами клиническими фармакологами не укомплектованы.

Основные виды деятельности врачей-клинических фармакологов: лечебно-консультативная по рациональной фармакотерапии, организационно-методическая, в том числе формирование локального формуляра ОЗ, экспертная, информационно-аналитическая работа. Врачи клинические фармакологи в стационарных ОЗ [2] осуществляют контроль рациональности использования ЛС (в том числе дорогостоящих, «неформулярных», наркотических, психотропных, антибактериальных), соблюдения сроков их годности и условий хранения; участвуют в подготовке приказов, распоряжений, разработке локальных протоколов лечения, проводят экспертную оценку фармакотерапии, экспертизу историй болезни умерших пациентов, проводят ABC/VEN/DDD анализы.

Республика Беларусь стала 79 страной-участницей Программы ВОЗ международного лекарственного мониторинга, в рамках участия в которой произведено подключение к международной базе данных нежелательных реакций.

В области фармаконадзора функциями врача-клинического фармаколога ОЗ являются: выявление нежелательных реакций при применении ЛС; информирование врачей о факторах риска нежелательных реакций, об изменениях в профиле безопасности ЛС, о внедряемых службой фармаконадзора дополнительных мерах минимизации рисков применения ЛС.

Востребованность специалиста врача-клинического фармаколога в клинической медицине сегодня не вызывает сомнения. Служба клинической фармакологии Республики Беларусь обладает значительным потенциалом, позволяющим системе здравоохранения надлежащим образом использовать ЛС, обеспечивая при этом эффективность, безопасность и доступность их для населения.

Наиболее острой остается проблема кадров, их эффективной и качественной подготовки, удержание на рабочем месте. Необходимо подчеркнуть важность подготовки молодых специалистов, решение вопросов о месте, обязанностях и административных полномочиях врачей клинических фармакологов в системе здравоохранения. Ответственность врача-клинического фармаколога в ОЗ не должна ограничиваться простой констатацией выявленных фактов нерационального применения ЛС или развития нежелательных лекарственных реакций. Клинический фармаколог должен реально влиять на формирование лекарственной политики в ОЗ, на сдерживание процессов антибиотикорезистентности, формирование локальных протоколов ведения пациентов.

В нашей стране разработан и введен в действие ряд нормативных документов, регламентирующих функционирование формулярной системы: создана Республиканская формулярная комиссия, определены ее задачи, формы и методы работы. Первый Республиканский формуляр лекарственных средств (далее – Формуляр) разработан в 2013 году, он ежегодно пересматривается и обновляется. В соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» от 16.06.2014 N 164-З: «Республиканский формуляр лекарственных средств - список лекарственных средств с доказанной эффективностью, допустимой безопасностью, наиболее экономически выгодных при использовании бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение»

В соответствии с Законом Республики Беларусь 25 октября 2023 г. № 308-З «Об изменении законов по вопросам здравоохранения» [3]: «В целях обеспечения доступности лекарственных средств Министерством здравоохранения устанавливается Республиканский формуляр лекарственных средств, который пересматривается не реже одного раза в год. Республиканский формуляр лекарственных средств используется для формирования и разработки: перечня основных лекарственных средств; годовых планов государственных закупок лекарственных средств;

клинических протоколов;
методов оказания медицинской помощи».

Сложившаяся непростая геополитическая обстановка и экономическая ситуация, ужесточение условий внешней торговли и западные санкции, факты прекращения действий регистрационных удостоверений на лекарственные препараты по инициативе ряда западных производителей лекарственных средств создают определенные риски для сохранения стабильности в обеспечении лекарственными препаратами пациентов как с широко распространенными социально значимыми заболеваниями, так и редкими (орфанными) заболеваниями.

В связи с этим возникла необходимость разработки новых нормативных правовых документов по функционированию формулярной системы. Так, утверждено постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №131 от 12.09.2023, в соответствии с которым внесены ряд изменений в Инструкцию по формированию Республиканского формуляра лекарственных средств [4].

В частности, в ряде случаев предусмотрено формирование изменений и дополнений в Формуляр в экстренном порядке. К этим случаям относятся:

- организация оказания медицинской помощи пациентам при угрозе распространения инфекционных заболеваний;
- наличие жизненной потребности для ограниченного контингента пациентов при отсутствии иных эффективных методов оказания медицинской помощи, и зарегистрированных лекарственных препаратов, включенных в Формуляр.

К новым положениям относится также возможность условного включения лекарственных средств в Формуляр сроком не более одного года [4]. Это может быть осуществлено в следующих случаях:

- отсутствия государственной регистрации (подтверждения государственной регистрации) лекарственного средства, условной государственной регистрации (подтверждения условной государственной регистрации) или регистрации (подтверждения регистрации) в рамках Евразийского экономического союза при наличии обоснованной потребности системы здравоохранения в этом лекарственном средстве,
- отсутствия или неполного представления сведений о национальных клинко-экономических (фармакоэкономических) исследованиях, доказывающих преимущества лекарственного средства в сравнении с уже включенными в Формуляр;
- отсутствия возможности закупок лекарственных препаратов, включенных в Формуляр, на основании предложений комиссий, осуществляющих процедуры государственных закупок лекарственных средств.

Разработаны критерии принятия решений Республиканской формулярной комиссии о целесообразности условного включения лекарственного средства в Формуляр. Важнейшими критериями принятия решения о возможности условного включения лекарственного средства для лечения орфанных (редких)

заболеваний в Формуляр являются: наличие регистра (персонифицированного списка) пациентов, страдающих жизнеугрожающими хроническими прогрессирующими орфанными (редкими) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности; уровень распространенности соответствующего заболевания в популяции не более одного случая на 10 000 человек; отсутствие эффективных методов диагностики, профилактики или лечения соответствующего заболевания, или, если такой метод существует, предложенное для включения лекарственное средство может принести значительную пользу в сравнении с существующими подходами в диагностике, профилактике или лечении и др. [4].

Законом Республики Беларусь от 25 октября 2023 г. № 308-З «Об изменении законов по вопросам здравоохранения» определена еще одна важная особенность обеспечения доступности ЛС «При заболеваниях, которые включены в перечень, устанавливаемый Министерством здравоохранения, при оказании медицинской помощи по жизненным показаниям граждане Республики Беларусь в случае доказанной неэффективности или непереносимости лекарственных средств, включенных в Республиканский формуляр лекарственных средств, обеспечиваются за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов иными лекарственными средствами в порядке, установленном Министерством здравоохранения.» [3].

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 31 января 2024 г. № 19 ««О порядке обеспечения граждан Республики Беларусь лекарственными средствами, не включенными в Республиканский формуляр лекарственных средств» [5] определены:

- перечень заболеваний (83 нозологии), при оказании медицинской помощи по жизненным показаниям, при которых граждане Республики Беларусь в случае доказанной неэффективности или непереносимости лекарственных средств, включенных в Республиканский формуляр лекарственных средств, обеспечиваются за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов иными лекарственными средствами,

- порядок обеспечения граждан Республики Беларусь при оказании медицинской помощи по жизненным показаниям в случае доказанной неэффективности или непереносимости лекарственных средств, включенных в Республиканский формуляр лекарственных средств, за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов иными лекарственными средствами.

Действенность и экономическая эффективность функционирования формулярной системы Республики Беларусь - базовая стратегия развития организации лекарственного обеспечения.

Литература:

1. Закон Республики Беларусь от 20.07.2006 N 161-З (ред. от 13.05.2020) "Об обращении лекарственных средств".

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 октября 2017 г. № 1246 «Об организации работы врача клинического фармаколога организации здравоохранения».

3. Закон Республики Беларусь от 25 октября 2023 г. № 308-З «Об изменении законов по вопросам здравоохранения» (вступил в силу 02.02.2024).

4. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 12 сентября 2023 г. № 131 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2019 г. № 34 «Инструкция о порядке формирования Республиканского формуляра лекарственных средств».

5. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2024 г. № 19 «О порядке обеспечения граждан Республики Беларусь лекарственными средствами, не включенными в Республиканский формуляр лекарственных средств».

ИННОВАЦИОННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПЕРЕХОДА К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Гулямова Ш.С., Нуриллаева Н.М., Гадаев А.Г.

Ташкентская медицинская академия

Аннотация. Информирование и динамическое наблюдение больных гипертонической болезнью признано одним из основных методов формирования приверженности к выполнению врачебных назначений и самоконтролю уровня артериального давления, создания мотивации к оздоровлению поведенческих привычек, формирующих факторы риска и влияющие на прогноз заболевания. Роль семейного врача в наблюдении таких пациентов на всех этапах его жизни от рождения и до конца жизни уникальна, так как непрерывное наблюдение создает возможность для выявления факторов риска гипертонической болезни, их своевременной коррекции и переходу к здоровому образу жизни на регулярной основе.

Ключевые слова: *факторы риска, гипертоническая болезнь, диспансерное наблюдение, здоровый образ жизни, семейная поликлиника.*

Актуальность. На сегодняшний день, ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирает больше людей, чем от каких-либо других причин. Согласно оценкам ВОЗ гипертонической болезнью (ГБ) страдает примерно 1,4 миллиарда человек во всем мире, при этом только у 14% обеспечивается контроль АД. Вместе с тем в арсенале медицинских работников имеются экономически эффективные методы динамического контроля, немедикаментозной профилактики и лекарственные средства для лечения этого заболевания [2]. Распространенность ГБ среди взрослого населения составляет 30–45%, не зависит от уровня жизни и одинакова в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода [4]. В российской популяции среди мужчин в возрасте 25-65 лет распространенность АГ несколько выше (в некоторых регионах она

достигает 47%), тогда как среди женщин распространенность АГ – около 40% [1]. В Узбекистане в 2014 г. было проведено национальное исследование распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в том числе и ГБ, базируемое на стандартной методологии STEPS ВОЗ. Согласно полученным результатам данного исследования пятая часть (20,1%) населения 40-64 лет имеет 10-летний риск ССЗ $\geq 30\%$ или любое ССЗ на момент исследования.

Распространенность ГБ увеличивается с возрастом, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет [4]. Поскольку наблюдаемое увеличение продолжительности жизни сопровождается постарением населения и, соответственно, увеличением количества малоподвижных пациентов с избыточной массой тела, прогнозируется, что распространенность артериальной гипертензии (АГ) будет расти во всем мире. Согласно прогнозу, к 2025 году число пациентов с АГ увеличится на 15–20% и достигнет почти 1,5 миллиарда [6].

АГ является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных (хроническая болезнь почек) заболеваний [5]. Повышенное артериальное давление (АД) основная причина развития преждевременной смерти и фактор риска почти 10 миллионов смертей и более чем 200 миллионов случаев инвалидности в мире [8]. Уровень систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. ассоциируется с повышением риска смертности и инвалидности в 70% случаев, при этом наибольшее число смертей в течение года, связанных с уровнем систолического АД, возникают вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), ишемических и геморрагических инсультов [8]. Между уровнем АД и риском развития ССЗ существует прямая связь. Эта связь начинается с относительно низких значений - 110-115 мм рт. ст. для систолического АД и 70-75 мм рт. ст. для диастолического АД [5].

У пациентов старше 50 лет систолическое АД является более сильным предиктором событий, чем диастолическое АД. Высокое диастолическое АД ассоциируется с увеличением риска сердечно-сосудистых событий и чаще является повышенным у более молодых (<50 лет) пациентов. Диастолическое АД имеет тенденцию к понижению во второй половине жизни вследствие увеличения артериальной жесткости, тогда как систолическое АД, как фактор риска, приобретает в этот период еще большее значение. У пациентов среднего возраста и пожилых повышение пульсового давления (ПД) (которое представляет собой разницу между систолическим АД и диастолическим АД) оказывает дополнительное негативное влияние на прогноз заболевания [7].

Согласно результатам отечественных и зарубежных специалистов, на сегодняшний день стало ясно, что факторы риска, влияющие на уровень АД и связанные с образом жизни, эффективно управляемы и зависят от силы воли самого пациента. Кроме того, персональное диспансерное наблюдение, основанное на внедрении инновационных технологий в повышении осведомленности больных ГБ о принципах немедикаментозной и

медикаментозной коррекции, а также самоконтроля заболевания являются неотъемлемой частью сохранения здоровья населения.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения и диспансерного наблюдения больных гипертонической болезнью в условиях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных (за последние пять лет) 222 случайно отобранных амбулаторных карт больных АГ, состоящих на диспансерном учете в семейных поликлиниках Республики Узбекистан (РУз). Данные ретроспективного анализа амбулаторных карт сопоставлены с результатами обследования больных (расспрос, осмотр, антропометрия, измерение АД, определение холестерина и др.). Проведено анкетирование и осмотр 236 пациентов с ГБ, состоящих на диспансерном наблюдении в поликлиниках. В дальнейшем часть из них (основная группа; $n=122$) прошла курс обучения и динамического наблюдения в школе гипертоников, а часть (группа сравнения; $n=114$) не участвовала в образовательной программе.

Результаты работы подтверждают необходимость дальнейшего изучения клинико-экономической эффективности обучения и диспансерного наблюдения пациентов ГБ, а также могут являться основой для изучения результативности профилактических вмешательств в иных областях внутренних болезней с целью повышения качества медицинской помощи населению, что содействует реализации профилактической направленности деятельности службы здравоохранения и является основополагающим принципом ее реформирования.

В исследовании для больных ГБ, участвующих в образовательной программе были характерны наличие ГЛЖ в 68,0% случаев; избыточной массы тела – 48,3%, гиперхолестеринемии (ХС ЛПНП) – 56,5%, гиподинамии – 69,6%; курения – 10,6%; нарушения толерантности к глюкозе – 9,8%; избыточного потребления алкоголя 9,0% случаев соответственно. Анализируя полученные данные, можно сделать следующие выводы: больные, имеющие нарушения в холестеринном обмене улучшили свои показатели с 21,3% до 10,6%. Избыточную массу тела имели 59 (48,3%) пациентов, после информирования в школе этот показатель составил 41 (33,6%). Произошла коррекция модифицируемых факторов риска, что положительно отражалось на течении заболевания. Достижение и стабилизация целевых уровней АД, как систолического, так и диастолического для всех стадий ГБ (I, II, III) коррелировала с повышением осведомленности больных ГБ, которые соблюдали как немедикаментозную коррекцию АГ, так и придерживались правил медикаментозной терапии АГ. Включение больных ГБ в образовательную программу в поликлинических условиях позитивно повлияло на состояние здоровья пациентов и позволило замедлить прогрессирование заболевания с тяжелыми поражениями органов-мишеней АГ (головной мозг, глазное дно, сердце, почки и магистральные артериальные сосуды). Обострение заболеваний не наблюдалось у 96,7% обученных больных, у 82,7% случаев были достигнуты целевые показатели АД. Количество гипертонических резко сократилось и

наблюдалось у 3,2% больных с ГБ III стадии и тяжелыми сопутствующими состояниями.

Каждый пациент с АГ должен находиться под диспансерным наблюдением у семейного врача при необходимости с привлечением специалистов узкого профиля (невропатолога, кардиолога, окулиста и др.). Цель наблюдения за больными ГБ состоит в максимальном снижении риска развития осложнений: фатальных и не фатальных. Для достижения этой цели необходимо снижение АД до целевых уровней, коррекция всех управляемых факторов риска (ожирения, курения, дислипидемии, гипергликемии и др.), замедление темпа прогрессирования и/или уменьшение выраженности (регресс) поражения органов мишеней, а также лечение имеющихся ССЗ, цереброваскулярной и почечной патологии.

Опираясь на вышеизложенные данные с учетом некоторых особенностей существующей модели диспансерного наблюдения, которая в своем большинстве направлена на 3 группы пациентов АГ, нами была усовершенствована и дополнена (персонализирована) данная система наблюдения. В отличие от существующей модели обновленная система динамического наблюдения позволяет персонализировать клинические подходы к каждому пациенту ГБ в отдельности с учетом его пола, возраста, величины пульсового АД, отягощенного семейного анамнеза, давности заболевания, модифицируемых факторов риска, поражения органов-мишеней, наличия сахарного диабета и ассоциированных клинических состояний (АКС), приверженности к соблюдению врачебных рекомендаций.

Внедрение передовых инновационных технологий, дают возможность создать программу персонального динамического наблюдения за больными ГБ и намного облегчают проведение лечебно-профилактических мероприятий в условиях семейной поликлиники. Они могут позволить определять ведущие факторы риска ССЗ у каждого пациента, индивидуально проводить их мониторинг и коррекцию. С помощью таких программ пациенты, имеющие поражения органов-мишеней и АКС, выявляются на ранней стадии их развития, что позволяет проводить адекватное лечение.

Всё это побудило нас усовершенствовать и разработать **алгоритм электронной программы персональной тактики динамического наблюдения больных ГБ** в условиях первичного звена. Система электронного динамического наблюдения в условиях семейной поликлиники не требует больших экономических затрат, коммуникабельна, проста в своем исполнении, экономит время и облегчает практическую деятельность врачей первичного звена.

С целью реализации данной работы и создания электронной программы были разработаны технические задания согласно современному языку программирования Borland Delphi и MySQL с использованием информации из базы данных Server 5+. Она нацелена для работы не только на персональном компьютере, но и для работы в семейной поликлинике посредством локальной сети. Для этого на персональном компьютере должна быть установлена

программа вышеуказанной информационной базы MySQL 5+. Вся собранная информация постоянно сохраняется в базе данных данной программы, с помощью которой возможен ее просмотр.

Имеется лицензия программного обеспечения, номер серии для защиты авторского права и активизированные коды. Программа обладает интерфейсом для удобства и понимания пользователей. Для этого созданы места для администратора, главного врача и семейного врача, в систему они входят при помощи логина и пароля и всю необходимую информацию о больном вносят в установленные формы на основе требований программы. Вся информация сохраняется в сервере компьютера. Одновременно несколько пользователей, то есть обмен информацией семейных врачей посредством сети сохраняется в сервере, заново обрабатывается и архивируется. Для осуществления безопасности собранной информации всех пользователей программное обеспечение создает возможность войти в базу данных посредством аутентификации логина и пароля.

В результате такого подхода создается возможность выявления серьезных изменений в состоянии здоровья больных ГБ на ранних стадиях их развития и причины неадекватного контроля заболевания. Что, в свою очередь, повышает эффективность лечения ГБ на уровне первичного звена, а также переход пациентов к здоровому образу жизни с регулярным его соблюдением.

Выводы исследования. Внедрение электронной программы персональной тактики динамического наблюдения за больными ГБ в условиях первичного звена позволит выявлять риск осложнений заболевания на ранних стадиях их развития и проводить соответствующее (адекватное) лечение, уменьшая показатели инвалидности и смертности населения; результаты данной работы подтверждают необходимость дальнейшего изучения клинико-экономической эффективности информирования и персонального динамического наблюдения пациентов с ГБ.

Литература:

1. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 4:4-14. doi.org/10.15829/1728-8800-2014-4-4-14.

2. Клинические рекомендации по медикаментозной терапии артериальной гипертензии у взрослых [Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского общества кардиологов/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии 2018 г. Российский Кардиологический Журнал. 2018; (12):131-42.

4. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2014; 13(6):4-11.

5. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Системные гипертензии. 2019; 16 (1):

6. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005; 365: 217–223.

7. Franklin SS, Lopez VA, Wong ND, et al. Single versus combined blood pressure components and risk for cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. Circulation 2009; 119: 243–250.

8. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. J Hypertens 2018; 36 (10): 1953-2041.

EFFECTIVE CONTROL AND DISPENSERIZATION OF ARTERIAL HYPERTENSION BY GROUP TRAINING OF PATIENTS IN POLYCLINICAL CONDITIONS

Gulyamova Sh.S.

Tashkent medical academy

Scientific research in recent years aimed at studying the factors of increasing the adherence of patients to the fulfillment of medical prescriptions has shown that one of the main methods that increase the completeness and accuracy of the fulfillment of medical prescriptions is patient education. It allows you to expand the sphere of influence of the doctor from the treatment of the disease to prevention and effective follow-up.

Purpose of the study. Increasing the effectiveness of prevention and clinical examination of arterial hypertension through group training of patients in a family polyclinic (FP) and a rural medical center (RMC).

Materials and methods. A retrospective analysis of outpatient cards was carried out and doctors of the FP of the city of Tashkent and RMC of the regions of the Republic, who had undergone 10-month retraining courses for a general practitioner, were interviewed. Before training, 156 doctors were questioned, after training 119, as well as 236 patients who were on dispensary observation with hypertension (HD) in the FP/RMC were questioned and examined. Subsequently, some of them ($n=122$, the main group) completed the course at the school for hypertensive patients, and some ($n=114$, the comparison group) did not participate in the educational program. All patients were under our supervision for 2 years.

Results and discussion. In most outpatient cards of FP/RMC, recommendations for non-drug treatment are given in an incomplete volume. The results are as follows -

restriction of sodium chloride is recommended by 35 (64.8%) SP doctors and 53 (31.5%) SVP doctors; auto-training 24 (44.4%) and 64 (38.0%); restriction of fat consumption 31 (57.4%) and 71 (42.2%); fluid restriction to 1-1.5 l / day 25 (46.2%) and 54 (32.1%); weight loss in obesity 37 (68.5%) and 71 (42.2%); smoking cessation 11 (20.3%) and 72 (42.8%); regular physical education is recommended by 37 (68.5%) and 67 (39.8%), respectively. A comparative analysis of retrospective indicators of outpatient cards with data from an oral survey of doctors and examination of the same patients revealed a significant discrepancy ($p < 0.001$) of the above risk factors. These data allow us to conclude that most of the patients did not undergo effective dispensary observation, timely identification and correction of risk factors for hypertension.

Research findings:

1. At the level of primary care in patients with hypertension, risk factors are not fully identified; some of them are not corrected for the identified modifiable risk factors; the overwhelming majority of patients use antihypertensive drugs in short courses (FP-35.1%; RMC-82%), not observing the regularity and duration (FP-64.8%; RMC-17.8%) of admission.

2. Patients with hypertension are not sufficiently aware of the risk factors (33.9%) that affect the course and prognosis of the disease; do not have the skills of self-control (63.3%) and self-help (75%) with an acute increase in blood pressure (BP); there is a low adherence (24%) of patients to the implementation of medical recommendations.

3. Group training of patients significantly contributes to the prevention of complications of hypertension, adequate control of blood pressure (96.7%); in our study, this training made it possible to achieve the target level of blood pressure in 82.7%.

EFFECTIVE CONTROL AND DISPENSARY SUPERVISION OF HYPERTONIC DISEASE IN THE CONDITIONS OF A FAMILY POLYCLINIC AND A RURAL MEDICAL FACILITY

Gulyamova Sh.S.

Tashkent medical academy

The majority of hypertensive patients (HD) are persons with an early stage of the disease, who account for more than half of all complications of cardiovascular diseases - cerebral stroke, myocardial infarction, fatal heart rhythm disturbances, the formation of heart failure and chronic renal failure. Only 37.1% of men and 58.9% of women are informed that they have a disease, only 21.6 and 46.7% are treated, including 5.7 and 17.5% effectively, respectively. Risk factors for diseases of the heart and blood vessels, being potentially dangerous for health - bad habits, food addiction, behavior and social lifestyle of a person, increase the likelihood of developing diseases, their progression and unfavorable outcomes. Therefore, long-term population programs to combat HD are becoming very relevant. Effective control and dispensary observation of patients with hypertension presupposes not only the correctness of medical prescriptions, but also the correction of the main risk factors closely related to the lifestyle.

Purpose of the study. Improving the effectiveness of prevention, treatment and dispensary observation of hypertension in primary care by educating patients in "schools for hypertensive patients".

Materials and methods: 236 hypertensive patients were questioned and examined. Of these, the main group ($n=122$) completed the training course, and some of the comparison group ($n=114$) did not participate in the educational program.

Results and discussion: In patients of the main group, in contrast to the comparison group, there was a positive dynamic in the lipid spectrum: the number of patients with hypertriglyceridemia decreased from 19.6% to 11.4% ($p<0.001$); hypercholesterolemia of low-density lipoproteins from 56.5% to 27.0% ($p<0.001$). After training, all patients of the main group stopped drinking alcohol; out of 13 (10.6%) 5 (4.0%) people quit smoking, physical inactivity was noted in 85 (69.6%) before training and 30.3% after training ($p<0.001$); the number of patients with impaired glucose tolerance decreased from 9.8% to 1.6% ($p<0.001$); excessive consumption of sodium chloride more than 5-6 g / day was observed before training in 10 (8.1%) and after training only in 3 (2.4%) ($p<0.001$). Along with this, significant changes were noted in the clinical picture of the disease of the patients who had undergone training: dizziness and headaches began to appear less often, and a tendency to decrease in shortness of breath during exercise was observed. The course of hypertension was accompanied by a significant decrease in the frequency of hypertensive crises from 32.7% to 3.2% ($p<0.001$) in the group of patients included in the educational program.

Conclusion: A necessary condition for effective treatment of hypertensive patients from the perspective of chronopharmacology is their active participation in the diagnostic and treatment process. Teaching patients in the "school of hypertensive patients" self-control skills and adherence to lifestyle change measures helps to increase patient awareness and compliance with antihypertensive therapy, achieve target blood pressure levels, reverse the development of left ventricular myocardial hypertrophy and secondary prevention of cardiovascular diseases.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЕ

Джалилова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Бесплодие играет важную роль как в клинической, медицинской, так и социально-психологической практике. Бесплодие часто приводит к социально-психологическому дискомфорту супругов, конфликтным ситуациям в семье и увеличению числа разводов. Согласно определению ВОЗ (2010), бесплодие - это неспособность сексуально активной, не предохраняющейся пары зачать ребенка в течение одного года. Согласно данным ВОЗ, примерно 5% населения страдает бесплодием, где причинами являются генетические, иммунологические, анатомические и эндокринологические проблемы.

Демографическая ситуация и распространенность бесплодия в разных странах отличаются, и исследование показало, что вторичное бесплодие

встречается чаще, чем первичное. По данным международных исследований, проведенных в развитых странах в последние годы, не менее 70 миллионов пар в мире не могут иметь собственных детей. Кроме того, примерно миллиарду человек уже поставлен диагноз "бесплодие". В США, по данным Центра вспомогательного репродуктивного здоровья при Университете Мэриленда, около 10 % пар бесплодны. В 2014 году 1,9 % женщин в возрасте 20 лет и старше, желающих иметь детей, столкнулись с первичным бесплодием, не имея возможности забеременеть в течение пяти лет. Другие 10,5 % женщин, имевших детей в прошлом, не смогли повторно забеременеть после пяти лет стараний, что характеризуется как вторичное бесплодие. Всего 4,85 миллиона пар по всему миру испытывают проблемы с зачатием, несмотря на свое желание иметь детей.

Проблема бесплодия является широко распространенной по всему миру. Уровень бесплодия в различных регионах оставался стабильным на уровне от 8 до 18 % в течение многих лет, без какой-либо тенденции к снижению. Сегодня оценивается, что более 80 миллионов людей страдают от бесплодия.

В Узбекистане женское население составляет 18 миллионов человек. Более 25 000 женщин и 7 000 мужчин в Узбекистане получили диагноз "бесплодие". По данным исследований, доля замужних женщин, страдающих первичным бесплодием, колеблется от 4,9% до 5,3%. Недавние исследования показали, что бесплодие встречается как у мужчин, так и у женщин. Эндокринные нарушения и заболевания труб являются причинами бесплодия у женщин в 35-40% и 20-30% случаев соответственно. В 15-30% случаев бесплодие вызвано гинекологическими заболеваниями, а 20% - иммунологическими проблемами.

Увеличение населения в Узбекистане происходит быстрыми темпами, однако состояние репродуктивного здоровья и проблемы бесплодия сказываются на демографической ситуации. Среди факторов, влияющих на демографический кризис, особое значение имеет репродуктивное здоровье населения и увеличение случаев бесплодия. Поддержание и восстановление репродуктивного здоровья являются ключевыми задачами государства, от правильного решения которых зависит возможность сохранения популяции и генофонда. В 2019 году в Узбекистане был принят Закон №528 "Об охране репродуктивного здоровья граждан", который обеспечивает женщинам доступ к лечению бесплодия и социальной поддержке от государства. Бесплодие представляет собой серьезную медико-социальную проблему, требующую немедленного решения. Примерно 20% браков в Узбекистане сталкиваются с проблемой бесплодия, а некоторые эксперты утверждают, что это число может достигать 24-25%. Согласно ВОЗ, частота бесплодных браков в Узбекистане превышает кризисный уровень и является проблемой национального значения.

Таким образом, за последние десятилетия многие проблемы женского бесплодия были решены с совершенствованием диагностических и лечебных подходов к данной проблеме. Сохраняющийся высокий процент бесплодия среди населения развитых стран говорит в пользу актуальности проблемы и необходимости ее дальнейшего изучения и внедрения научных результатов, как в медицину, так и практическое здравоохранение.

BOLALARNING JISMONIY RIVOJLANISHI VA SALOMATLIIGI

Djalilova G.A., Salimova S.U.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Bolaning to'liq jismoniy rivojlanishi va salomatliigi - bu shaxsni shakllantirishning asosidir.

Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, zamonaviy bolalar asosan "harakat etishmovchiligidan aziyat chekmoqdalar, ya'ni kun davomida ular tomonidan bajariladigan harakatlar miqdori yoshlarga nisbatan me'yordan past bo'ladi, hech kimga sir emaski, uyda bolalar ko'p vaqtlarini harakatsiz holatda o'tkazadilar (stollarda o'tirib, televizor ko'rib, kompyuterlarda va boshqalar). Bu ma'lum mushak guruhlari yuqumani oshiradi va ularni charchatadi. Bu o'z yo'lida skelet mushaklarining kuchi va ish qobiliyati pasayishiga, harakat koordinatini buzilishiga, umurtqa pog'onasining egriligiga, yassi oyoqni rivojlanishiga, tezlik, epchillik harakatlarini susayishiga, chidamlilik, moslashuvchanlik holatlarini rivojlanishining kechikishiga olib keladi.

Bolalarning ratsional kun tartibi, chiniqishi va harakatda bo'lishi ular salomatligining uchligini tashkil etadi.

Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, aksariyat oilalar kun tartibiga rioya qilmaydilar va undan chetga chiqish holatlari ayniqsa, ta'til va dam olishdan keyingi kunlarda seziladi. Garchi bu borada oila bilan birgalikda o'qituvchilar tomonidan bolalarning bolalar sog'lig'ini yaxshilashga qaratilgan tadbirlar yetarlicha maqsadli ravishda olib borilsa-da, ularning qulay jismoniy rivojlanishi maktabgacha ta'lim muassasasidagi bolalarning turmush tarziga ta'sir qiladi.

Bolalar bog'chasida bolalarning uyg'un, jismoniy va to'liq aqliy rivojlanishiga kunning moslashuvchan tartibi yordam beradi. Bundan tashqari, "moslashuvchan kun tartibi" tushunchasini uch jihatdan ko'rib chiqish kerak: bolalar uchun dinamik kun tartibi, o'qituvchilar, mutaxassislar va barcha xizmat ko'rsatuvchi xodimlarning moslashuvchan ish vaqti, bolalarning guruhda bo'lishining turli davomiyligi.

Bolalar uchun kun tartibi yil faslini, bolalarning yoshini, shuningdek ularning sog'lig'ini hisobga olgan holda kun bo'yi ularning qiziqishlari va ehtiyojlariga qarab turli xil faoliyatini ta'minlaydi. Ushbu kunlik tartib turli organlarning hayotiyliigi va funktsional faoliyatini ta'minlaydi, o'z vaqtida va to'g'ri jismoniy va to'liq aqliy rivojlanish uchun sharoit yaratadi, o'qituvchilarga har bir bolaning individual xususiyatlari va ijodiy salohiyatini ochib berishga imkon beradi.

To'g'ri tuzilgan kun tartibi-bu bola hayotining asosi, uning sog'lig'ini saqlashning asosiy shartidir. Agar siz bolaning yoshiga mos keladigan kun tartibiga to'g'ri rioya qilsangiz, unda bunday kun tartibi tananing normal rivojlanishini ta'minlaydi, o'z vaqtida to'g'ri aqliy va jismoniy rivojlanishni, hamda yaxshi xatti-harakatlarlarga bog'liq kayfiyat baxsh etadi.

To'g'ri tuzilgan kun tartibiga o'rgangan bolalar uyg'onish paytida juda harakatchan bo'ladilar, ovqatdan bosh tortmaydilar, injiq bo'lmaydilar, o'z vaqtida tinch va tez uxlab qolishadi, uxlash juda xotirjam va kuchli tarzda kichadi va ular har doim yaxshi kayfiyatda uyg'onishadi. Agar kun tartibi buzilgan bo'lsa, ayniqsa uxlash vaqtini qisqartirsangiz yoki uning chastotasini buzsangiz, bu ko'pincha asab tizimining

haddan tashqari ishlashiga va hatto uning charchashiga olib keladi. Bunday bolalar injiq bo'ladilar, oson uyg'onadigan, ba'zan ovqat yemaydigan bo'lib qoladilar. Bu holatlarning barchasi bolalar sog'lig'iga salbiy ta'sir qiladi, bu esa o'z yo'lida bolada kasalliklarga chidamliligini pasayishiga sabab bo'ladi. Agar yurish, uxlash, ovqatlantirish, chokun tartibimilish bir vaqtning o'zida amalga oshirilsa, u holda chaqaloqning tanasi bunday tartibga o'rganib boradi, xulq-atvor stereotipi o'rnatiladi va bola har doim hamma narsani zavq bilan bajaradigan bo'ladi. Shuni ta'kidlash kerakki, barcha faoliyat turlari: o'yin, o'qitish, mehnat, samarali faoliyat jismoniy va aqliy fazilatlarni shakllantirishni birlashtiradi.

Shunday qilib, bolalarning kun tartibi va uning asosida tuzilgan kundalik faoliyat moslashuvchan dinamik dizaynni tasvirlaydi. Bolalar kun tartibi har bir bolalar bog'chasida ularning sharoitlari va xususiyatlariga qarab tuziladi, lozim bo'lsa tuzatiladi, ammo kun tartibining asosiy tarkibiy qismlarining vaqti o'zgarishsiz qoladi.

**СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ИНВАТАКСИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И
РАЗРАБОТКА ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЖИЗНИ
ИНВАЛИДОВ СНГ (СОДРУЖЕСТВО НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ)**

Ербол Армангүл, Аяганов С.А.

*НАО "Кокшетауский университет имени Ш. Уалиханова", город Кокшетау,
Республика Казахстан*

Люди, отличающиеся физическими способностями, являются частью общества, несмотря ни на что. В нашем государстве реализуется множество мероприятий для оказания максимального содействия инвалидам. С этой целью в 2005 году был принят закон № 39 О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан [1]. Настоящий Закон регулирует общественные отношения в области социальной защиты инвалидов в Республике Казахстан и определяет правовые, экономические и организационные условия обеспечения социальной защиты инвалидов, создания равных возможностей для их жизнедеятельности и взаимодействия с обществом. Люди с ограниченными возможностями занимают около 10% населения мира. Это говорит о том, что около 650 миллионов человек на Земле имеют физические ограничения [2]. 8 млрд. что касается отношения численности населения, то это низкий показатель. А если посмотреть статистику по стране, то в Казахстане проживает около 674 000 инвалидов. Просматривая страницы интернета, можно заметить, что инвалиды нуждаются в транспортном транспорте и занятости, жилье. В 2014 году главный специалист отдела по работе с гражданами Национального центра по правам человека Г. Аукашева отметила, что “с 2012 по 2018 годы мы проводим подготовку к ратификации Конвенции, уделяя особое внимание увеличению средней продолжительности жизни людей с ограниченными физическими возможностями, содействию активному участию в проводимых в обществе мероприятиях” [3]. Тем не менее, 9 октября 2018 года министр труда и социальной защиты населения Мадина Абылкасымова сообщила, что за последние 5 лет численность инвалидов в Казахстане увеличилась на 7,5% и

достигла 674,2 тыс. человек. Из них 417,7 тыс. или 62%-в трудоспособном возрасте, 171,3 тыс. или 25,4% – в пенсионном возрасте, 85,1 тыс. или 12,6%-дети до 18 лет[4]. Кроме того, 25 апреля 2018 года депутат Мажилиса Жанат Омарбекова отметила, что 50% инвалидов, проживающих в стране, не имеют возможности принимать лечение в санаториях[5]. Приведенные выше фактические данные свидетельствуют о том, что состояние инвалидов в Казахстане неудовлетворительно. Цель моей работы «изучение ценностей общества», «предоставление путей сохранения национальной идентичности в процессе глобализации», а также здоровья и благополучия общества.

Главная цель проекта: всестороннее изучение положения людей с ограниченными возможностями в обществе определение обеспеченности общества полноценными условиями, предоставление путей решения возникших проблем.

Актуальность исследовательского проекта: выбранная тема является актуальной. Причина: в отдаленных регионах Казахстана проблема инвалидов в обществе рассматривается на низком уровне, кроме того, они не могут активно участвовать в общественных мероприятиях и медицинская помощь не оказывается на должном уровне.

Методы проведения исследовательской работы:

Сбор достоверной информации об инвалидах области из интернета, газет и журналов; И обработки информации; С использованием количественных и качественных методов определения мнений и предоставления путей решения проблемы.

Обобщить результаты работы и ответить на вопросы исследования.

Вопросы исследования:

- 1) как народ понимает слово «инвалид» и их отношения к людям с ограниченными возможностями.
- 2) каково положение в Казахстане по сравнению с инвалидами и инвалидами за рубежом(Европа)?
- 3) какова эффективность работы организаций, созданных в целях поддержки инвалидов в Казахстане?

2.1 "граждане с ограниченными возможностями" и их распределение по категориям

Гражданин-инвалид-это человек с ограниченными физическими возможностями и душа, которая вследствие болезней страдает нарушением работы организма и требует защиты со стороны общества. Ограниченность возможностей самозанятости; ограничение возможностей получения образования; проблемы со способностью свободно передвигаться являются определяющими признаками лиц с ограниченными возможностями. Разделение инвалидов на категории: инвалиды I группы сталкиваются со значительными ограничениями в физических способностях; теряют способность к самообслуживанию; нуждаются в систематическом рассмотрении; полностью зависит от помощи окружающих. Лица с серьезными нарушениями здоровья инвалидов II группы, так как эти лица становятся полностью

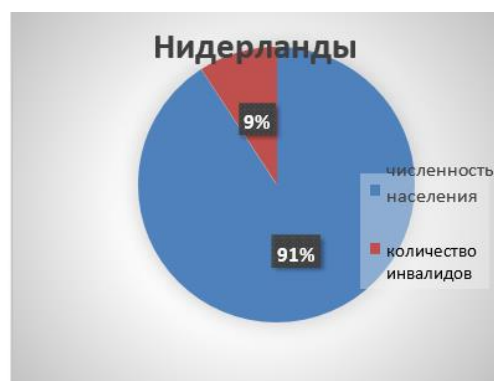
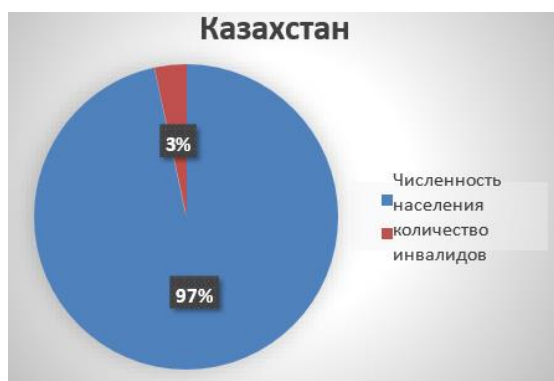
нетрудоспособными. К инвалидам III группы относятся лица с дефектами нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Например, люди с астмой, ревматоидным артритом, гипертонией и другими заболеваниями. Инвалиды без труда выполняют простые бытовые дела и обслуживают себя [6].

2.2. положение инвалидов в Казахстане по сравнению с инвалидами за рубежом (Нидерланды)

Кроме того, в настоящее время количество проводимых мероприятий для поддержки людей с ограниченными возможностями растет день ото дня, чтобы почувствовать, что они являются членами Всемирной организации и внутригосударственной организации или полноправного общества. В данном разделе рассматривается жизнь инвалидов в Республике Казахстан с населением 18 376 178 человек и Нидерландах с населением 17 283 008 человек [7]. Прежде всего, давайте посмотрим на количество инвалидов в двух государствах. В Нидерландах проживает около 1,7 млн лиц с ограниченными возможностями, в Казахстане - 650 тыс. человек с ограниченными возможностями. Давайте посмотрим на транспортные проблемы. Для удобства передвижения людей с ограниченными возможностями во многих городах и странах появились услуги инватакси. До 2011 года служба инватакси работала на частные деньги, но затем получила государственную поддержку. В настоящее время инватакси имеется в 20 городах Казахстана, а общее количество машин составляет 183. Обычно в качестве транспорта инватакси служит микроавтобус со специально оборудованным подъемником для коляски. Однако одним из недостатков программы является то, что инватакси не работает по выходным и работает в будние дни с 09:00 до 18:00. имеет очень ограниченный график. [8]. А давайте посмотрим на транспортную деятельность нидерландского государства для людей с ограниченными возможностями. С помощью программы Accessible Travel Netherlands вы можете арендовать нужный вам вид транспорта, а также найти на этом сайте необходимые вам вспомогательные устройства. Виды транспортных услуг для инвалидов:

1. пляжные коляски
2. мобильные скутеры
3. велосипеды с особыми потребностями
4. скамейки для душа
5. Подъем
6. специальная кровать с высокой посадкой
7. Ходунки
8. доступные автомобили

*VI республиканская научно-практическая конференция
«Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения»*

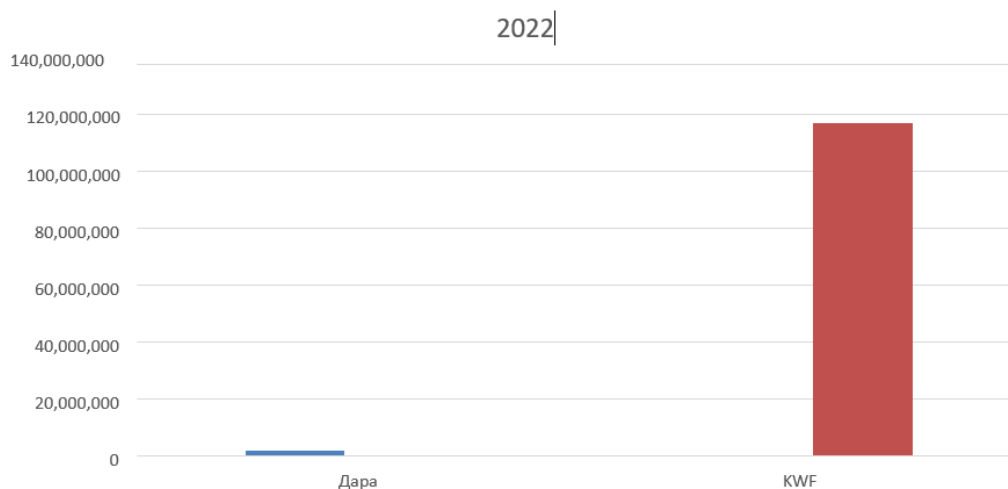


19 967 964-численность населения
696 800- количество инвалидов

17 900 100численность населения
1 800 000- количество инвалидов

Финансовый аспект благотворительных фондов:

Финансовые фонды 2022 года с 10 крупнейшими благотворительными фондами, расположенными в Нидерландах. На первом месте стоит KWF за 116,9 млн евро, и этот фонд за выдающиеся достижения составил около 2500 человек. А одна организация, которая относится к категории крупнейших фондов в Казахстане, предложила 1.7 миллиона тенге примерно 1650 нуждающимся в помощи.



Проведен опрос с целью узнать отношение местного населения к инвалидам. В опросе приняли участие 129 респондентов. Возраст респондентов, начиная с 14 лет и заканчивая 46 лет и старше, позволил разнообразить возрастной диапазон. На рисунке 2 видно, что в опросе приняли участие 92 женщины и 37 мужчин.

14-24	62
25-35	33
36-46	23
46+	11



Заключение:

В результате использования различных методов исследования были даны ответы на основные вопросы, поставленные в начале проекта о людях с ограниченными возможностями в Казахстане. При работе со вторичными источниками были определены критерии, по которым проводится оценка и составляются рейтинги на государственном и международном уровнях, на которые можно рассчитывать. Кроме того, через официальные источники (сайты здравоохранения, исследовательские статьи) были выявлены проблемы, касающиеся людей с ограниченными возможностями в нашем регионе. Затем, с целью проверки гипотез и сравнения достоверности информации из источников, был проведен опрос населения Северо-Казахстанской области и был взят интервью у человека с ограниченными возможностями. Теория во вводной части подтвердилась. Исходя из данных международного рейтинга здравоохранения, статистики, приведенной на государственном портале e-gov, а также результатов опроса, можно ответить на второй вопрос исследования о состоянии инвалидов, проживающих в нашем государстве и Нидерландах. Качество предоставляемых услуг и созданных программ инвалидам в Казахстане развито на худшем уровне, чем в Нидерландах. Доказательством этого являются приведенная выше информация и статистика. Анкетирование и сортировка и консолидация мнений инвалидов и других жителей: интервью с инвалидом в отдаленном селе, а также в ходе изучения статей других авторов, написанных с целью улучшения положения инвалидов в обществе и предоставления некоторых рекомендаций, которые могут приблизить инвалидов к решению их проблем в обществе. Для начала необходимо опросить всех инвалидов в нашей стране, тем самым рассмотреть решение их актуальных проблем. Свое мнение на эту тему высказали как местные, так и зарубежные эксперты. Во-вторых, для значительного повышения положения инвалидов в обществе необходимо использовать опыт других зарубежных стран по стимулированию инвалидов, мерам трудоустройства. В-третьих, в регионе важно в дальнейшем создавать благотворительные организации в каждом районе, как минимум, как негосударственный институт, предлагая инновационную и интегрированную уникальную систему образования для предотвращения психологических потрясений у инвалидов и увеличения человеческого капитала или для того, чтобы избежать отставания в образовании.

Литература:

1. Конвенция Республики Казахстан О правах ребенка срок действия двух и третьего схода [Электронды ресурс] <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/P060000670>
2. статистика инвалидности по всему миру: информация, диаграммы, графики и таблицы [Электронды ресурс] <https://www.disabled-world.com/disability/statistics/>
3. Нидерландыда қол жетімділікке арналған нұсқаулық [Нұсқаулық] <https://www.accessibletravel.nl.com/blogs/Guideline-to-accessibility-in-the-Netherlands> 10 самых благотворительных организаций Нидерландов по доходам

в 2022 году (миллион евро) <https://www.statista.com/statistics/673896/top-10-largest-charities-in-the-netherlands-by-income/>

2009-2022 ЙИЛЛАРДА ЎЗБЕКИСТОНДА СОДИР БЎЛГАН ЙЎЛ ТРАНСПОРТ ҲОДИСАЛАРИ

Жуманиёзов К.Й., Олимова М.М.

Тошкент тиббиёт академиси Урганч филиали

Марказий Осиё регионал иқтисодий ҳамкорлик йўл ҳаракати хавфсизлиги Стратегиясининг асосий вазифаси 2030 йилгача автоавариялардан ўлим ҳолатларини 2010 йилдагига нисбатан 50%га қисқартиришдан иборатдир. Бу йилига 250 000 та хавфли жароҳатланишларни олдини олишга, ҳамда 23 000 нафар инсонни ҳаётини сақлаб қолишга сабаб бўлади. Бу эса регионда жароҳатланиш ва ўлимдан йилига 16 миллиард америка долларини иқтисод қилишга олиб келади (1).

Россияда йўл транспорт ҳодисалари эрта ўлим туфайли аҳоли йўқотилишининг муҳим манбаси ҳисобланади. ЙТХ бу 2013 йилда 26 977 нафар инсонларнинг эрта ўлими ҳамда жамият саломатлигининг асосий кўрсаткичидир. Автоавариялар туфайли олинган жароҳатлар ёш навақирон меҳнат ёшидаги инсонлар ўлимига олиб келмоқда. Бундан ташқари ҳар йили 250 000 дан ортиқ инсонлар жиддий жароҳат олиб, касалхоналарда даволанмоқдалар. Бу соғлиқни сақлаш тизимида ҳам барча томондан жиддий зарар етказди (2).

Шаҳар ва қишлоқларни автотранспортлар, айниқса енгил автомобиллар билан тўлиб бораётгани кўчаларнинг ҳаддан зиёд тирбандлигига, транспортлар тезлигининг пасайишига, йўл ҳаракати хавфсизлиги шароитининг ёмонлашувида олиб келади (3).

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра автокатастрофлардан ўлим 2000-2020 йиллар давомида асосан ривожланаётган мамлакатлар ҳисобига 65%гача ошган [4,10]. Бугунги кунга келиб автокатастрофлардан тиббий ва иқтисодий зарар турли мамлакатларда ялпи ички маҳсулотнинг 1-3% ташкил қилади (умумий зарар йилига ўрта ҳисобда 518 миллиард долларни ташкил этади) [5,12].

Россияда кунига автотранспорт аварияси туфайли 60-80 нафар инсон ҳаётдан кўз юмади. 2011 йилда Ўзбекистонда 10 611 йўл транспорт ҳодисаси ва у туфайли 2 161 ўлим ва 11 228 нафар жароҳатланиш кузатилган. Таъкидлаш жойизки, шу йили Ўзбекистонда ҳайдовчилар томонидан 3 896 000 та йўл ҳаракати қондаси бузилган бўлиб, улардан 1 588 000 таси жиддий қонда бузилишларидир [6,7,8]. Йўл транспорт ҳодисалари асосан ҳафтанинг жума, шанба кунлари кўп учрамоқда, аммо йўл транспорт ҳодисалари учун якшанба ва душанба кунлари ҳам анча оғир кунлар ҳисобланади. 2016 йилнинг 10 ойи давомида 58 885 та йўл транспорт ҳодисалари ҳисобга олинган, қайсики ундан 6 932 нафар инсон ҳаётдан кўз юмган бўлса, 90 314 нафар инсон жиддий жароҳатланган [5,12].

Автоавариялардан йилига 4000 та, 4200 та одам авариядан ҳаётдан кўз юмьпти. Шунча одам ўлиб кетяпти, ижтимоий тармоқларга қараб бўлмайди. Масъулларнинг фаолиятига депутатлар ҳам бефарқ бўлмаслиги керак. Хитой пойтахти Пекин ва Россия пойтахти Москвадек йирик шаҳарларда тирбандлик деярли кузатилмайди. Жамоат транспортини ривожлантириш, светофорлар ва йўл чизикларини ўрнатиш, тирбандликнинг олдини олиш, пойтахт кўчалари ва ҳудудлардаги йўللارни тартибга солиш бўйича қатъий чоралар кўриб, жиддий ўзгаришларни амалга ошириш зарур (13).

2011-2022 йиллар давомида Ўзбекистон Республикаси йўл транспорт ҳодисалари бўйича ижтимоий тармоқ келтирилган маълумотларидан фойдаланилди. Олинган маълумотларни статистик таҳлил қилишда ижтимоий-гигиеник ва санитария статистик усуллардан кенг фойдаланилди.

Жадвал

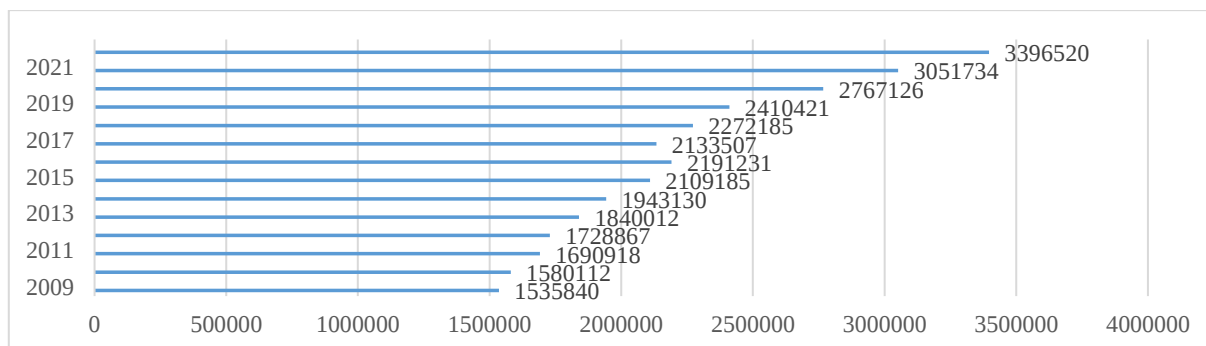
**2009-2022 йилларда Ўзбекистонда содир бўлган йўл транспорт
ҳодисалари солиштирма жадвали (абсолют сонда)**

Йиллар	Аҳоли сони	Автомобиллар сони	ЙТХ сони
2009	27 533 400	1 535 840	10 760
2010	28 001 400	1 580 112	10 705
2011	29 123 400	1 690 918	10 611
2012	29 555 400	1 728 867	10 309
2013	29 993 500	1 840 012	10 245
2014	30 492 800	1 946 130	10 200
2015	31 022 500	2 109 185	10 164
2016	31 575 300	2 191 231	10 212
2017	32 120 500	2 133 507	10 044
2018	32 656 700	2 272 185	8 990
2019	33 255 500	2 410 421	8 588
2020	34 200 000	2 767 126	6 982
2021	34 900 000	3 051 734	10 001
2022	36 024 946	3 396 520	9 902

Аҳоли сонини ўзгариши бўйича 2009-2022 йиллар давомидаги 14 йиллик маълумотлар таҳлили шуни кўрсатадики Ўзбекистонда аҳоли сони 2009 йилда 27 533 400 нафарни ташкил этган бўлса, 2022 йилда Ўзбекистон аҳолиси сони 36 024 946 нафарга етган. Ўзбекистоннинг аҳоли сони 14 йил давомида 23,6% га ошган. Таъкидлаш мумкинки, 2009-2022 йиллар давомида Ўзбекистон аҳолиси деярлик бир хил тарзда, йил сайин ўсиб бориши аниқланди

Ўзбекистонда жами автомобиллар сонини йил сайин абсолют қийматларда 2009 йилдан 2022 йилгача ортиб борган. 2009 йилда 27 533 400 нафар аҳолига эга бўлган мамлакатимизда жами автомобиллар сони 1 535 840 тани ташкил қилиб, ҳар 18 нафар аҳолига битта автомобил тўғри келишини кўрсатади. 2022 йилда Ўзбекистон аҳолиси 36 024 946 нафарга етган, шу билан бирга ватанимиз аҳолисининг автомобиллар сони 3 396 520 тани ташкил қилган ва у энди ҳар 3,1 аҳолига битта автомобил тўғри келишини кўрсатади (1-расм). Бундан кўриниб турибдики Ўзбекистонда кейинги йилларда автомобил саноати тез суръатлар

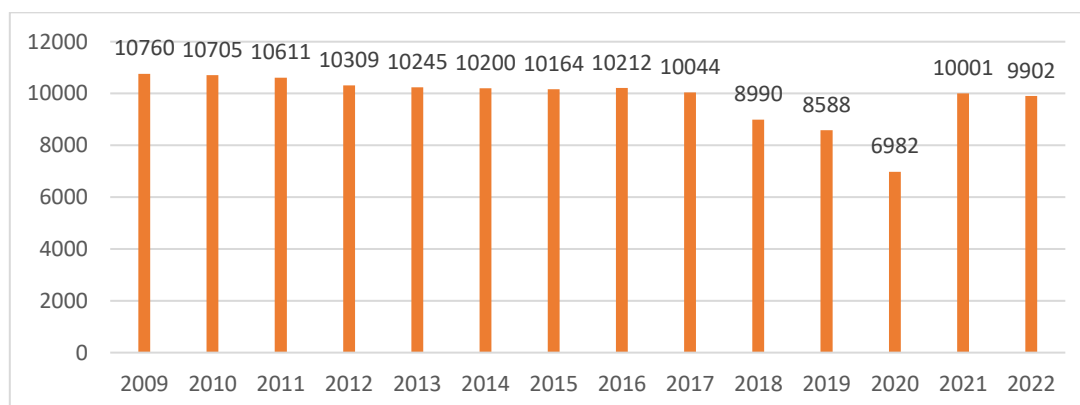
билан ривожланиб борганини кўриш мумкин. Чунончи Ўзбекистонда 2009 йилда ҳар 18 нафар аҳолига битта автомобил тўғри келган бўлса, 2022 йилга келиб эса аҳолини автомобиллар билан таъминланиш кўрсаткичи ҳар 3,1 нафар аҳолига битта автомобил тўғри келишини кўрсатди (жадвалга қаранг).



1-расм. Ўзбекистонда 2009-2022 йиллар давомида автомобиллар сони

Таҳлилларимизнинг кейинги босқичи иккала мамлакатда кузатув йиллари давомида содир бўлган йўл транспорт ҳодисаларига (ЙТХ) бағишланди.

Ўзбекистонда йўл транспорт ҳодисалари 2009 йилдан то 2017 йилгача ҳар йилда деярлик бир хилда 10044 тадан – 10760 та сонгача учраган. 2018 йилдан бошлаб йўл транспорт ҳодисаларининг сони камайиб борган. 2018 йилда 8990 та, 2019 йилда 8588 та, 2020 йилда 6982 та, 2021 йилда эса 10001 та ва 2022 йилда 9902 та йўл транспорт ҳодисаси кузатилган. Бу ҳолат 2018 йилдан бошлаб ҳайдовчиларнинг хушёрлиги бировз ошиши ҳамда мамлакатимизда содир бўлган Covit-19 пандемияси сабабли содир бўлган бўлиши мумкин (2-расм).



2-расм. Ўзбекистонда 2009-2022 йиллар давомида ЙТХ сони

2009 йилда Ўзбекистон аҳолиси 27533400 нафар ташкил қилган ва шу йили 10760 та ЙТХ содир этилган бўлиб, ҳар 2559 нафар инсонларнинг биттасида ЙТХ содир бўлганини кўрсатади. Бу кўрсаткич 2010 йили 2616 нафар, 2011 йили 2745 нафар, 2012 йили 2867 нафар, 2013 йили 2928 нафар, 2014 йили 2989 нафар, 2015 йили 3052 нафар, 2016 йили 3092 нафар, 2017 йили 3198 нафар, 2018 йили 3633 нафар, 2019 йили 3872 нафар, 2020 йили 4898 нафар, 2021 йили 3490 нафар, 2022 йили 3638 нафар аҳолининг биттаси ЙТХга учраганини кўрсатади.

Хулосалар

1. Ўзбекистоннинг аҳоли сони 14 йил давомида 23,6% га ошган.

2. 2009 йил Ўзбекистон аҳолиси автомобиллар билан таъминланиш 18 нафар аҳолига битта автомобил тўғри келган бўлса, 2022 йилга келиб унинг таъминланиш даражаси ҳар 3,1 нафар аҳолига биттадан тўғри келишини кўриш мумкин.

3. Ўзбекистонда эса йўл транспорт ҳодисалари 2009 йилдан то 2017 йилгача ҳар йилда деярлик бир хилда учраган. 2018 йилдан бошлаб йўл транспорт ҳодисаларининг сони камайиб борган. Кейинги йилларда уларнинг сонини ошиш тенденцияси кузатилмоқда.

Адабиётлар:

1. Региональная стратегия безопасности дорожного движения для стран ЦАРЭС (2017-2030 годы) Central Asia Regional Economic Cooperation Program. Carec Secretariat. С. 74. www.carecprogram.org.

2. Т. Фаттахов. Источники информации о ДТП и учет дорожно-транспортного травматизма в России// демографическое обозрение. Том 1, №3, 2014. С.127-143.

3. Ж. Абдуназаров. Показатель аварийности и анализ существующих проблем обеспечения безопасности. Scientific – technical journal. 2021, V.4, №4 pp 44-52

4. Сахаров А.В. Медико-социальные аспекты дорожно-транспортного травматизма/ Автореферат дисс. к.м.н., Санкт-Петербург, 2011.-18с Дедов А.А Структура детского дорожно-транспортного травматизма в Воронежской области// Вестник новых медицинских технологий, т. XVIII, №2/ под ред.А.А.Хадарцева.-2011.-С.513-515.

5. Kurbanova N.N. et al. The effect of new plant hepatoprotectors on the level of proinflammatory cytokines in acute toxic liver damage. //International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – Vol. 24, Issue 08, 2020. – Page. 8910-8920.

6. Navruzovna K. N. et al. Biochemical changes in hepatocyte subcellular fractions in experimental ischemic stroke //Вестник науки и образования. – 2019. – №. 7-2 (61). – С. 57-59. ООО «Олимп».

7. Navruzovna K. N. et al. Generation of reactive oxygen species in the mitochondrial fraction of hepatocytes in the early stages of experimental ischemic stroke //Вестник науки и образования. – 2019. – №. 7-2 (61). – С. 60-62. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/generation-of-reactive-oxygen-species-in-the-mitochondrial-fraction-of-hepatocytes>.

8. Jumaniyazov K.Y., Bakhtiyarova A.M., Kurbanova N.N. Peculiarities of distribution of traffic accidents in Khorezm region by population and age// International Scientific-Practical Conference.Chexiya. P.13-15.

9. Jumaniyazov K.Y., Bakhtiyarova A.M., Kurbanova N.N. deaths and injuries as a result of road accidents and the role of cardiovascular diseases in them//International Scientific and Practical Conference.Polcha. P.34-37.

8. Jumaniyazov K.Y., Bakhtiyarova A.M., Kurbanova N.N. Peculiarities of Distribution of Traffic Accidents in Khorezm Region by Population and Age American

Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(7): 1020-1025 DOI: 10.5923/j.ajmms.20231307.37

10. Jumaniyazov K.Y., Bakhtiyarova A.M., Ismoilova B.P.//European Chemical Bulletin 2023, 12(Issue 8), 2055-2062.

11. Олимова М.М, Жуманиёзов К.Й. Травма и смертность при автокатастрофах сборник статей XXIX Международного научно-исследовательского конкурса, Состоявшегося 5 ноября 2023г. в г. Пенза. С.189-195.

12. Абдуллаев И.К., Жуманиёзов К.Й., Олимова М.М. Динамика дорожно-транспортных происшествий, травматизма и смертности от ДТП за период 2017-2021 гг. Окружающая среда и здоровье населения. Материалы XXXIV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 15 декабря 2023 г. Казань- 2023. С.6-7.

13. <https://www.facebook.com/watch/?v=700516051971683>.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА РАБОТЫ «ШКОЛЫ МАТЕРИНСТВА»

Заступова А.А., Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Охрана детства, включая заботу о здоровье детей, всегда остается приоритетной задачей для каждого государства и гражданского общества, которые на практике проявляют заботу о своем будущем, а не только говорят об этом [1,2]. В современных условиях модернизации системы здравоохранения, направленной на улучшение доступности и качества медико-социальной помощи, изучение медико-социальных аспектов формирования здоровья новорожденных детей остается одной из ключевых задач практической медицины, поскольку от этого во многом зависит здоровье нации [3]. Для эффективной работы по профилактике заболеваний у новорожденных в нашей стране создана служба охраны здоровья матерей и детей, где ключевую роль играют детские поликлиники и женские консультации [4].

Цель исследования: оценить работу школы материнства.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ «Городской поликлиники №23» методом случайной выборки. Автором было произведено анкетирование 312 матерей по специально разработанной «Школы матери». Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программных пакетов MS Office-2016 и StatSoft-Statistica 10.0.

Результаты. К занятиям в «Школе молодой матери» приглашаются на обучение женщины с первого триместра беременности, желательно с будущими отцами. Для проведения занятий составляется предварительно проработанное расписание, где освещается та или иная тема, соответствующая определенным дням, время проведения. Это способствует активному привлечению будущих матерей, а также отцов к посещению занятий в зависимости от их свободного времени.

Для проведения занятий с беременными женщинами желательно формировать группы не более 10-15 человек, стараясь объединять с одинаковыми сроками беременности. В СПб ГБУЗ «ГП № 23» за 2020 год в «Школе молодой матери» было проучено 573 женщины, в 2021 г. – 543, в 2022 г. – 509. Удельный вес беременных женщин, обучавшихся в «Школе молодой матери» представлен на рисунке 1.

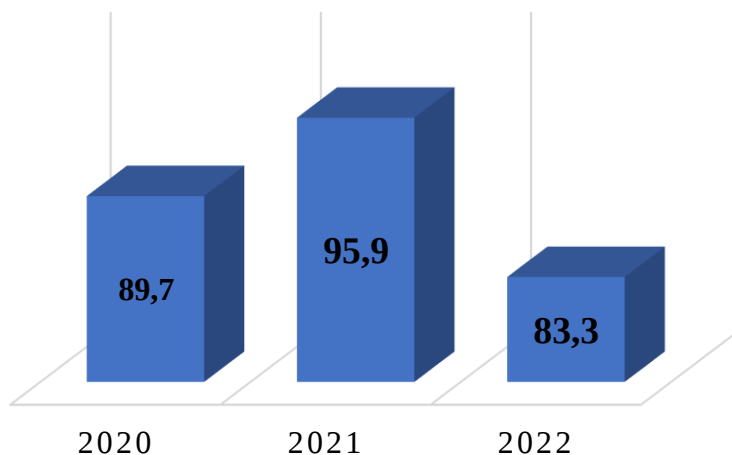


Рис. 1. Удельный вес беременных женщин, обучавшихся в «Школе молодой матери» (в %).

Также проводят консультирование будущих мам по вопросам: основные данные медико-генетического, социального и биологического анамнеза и их значение для развития ребенка, значение обследования семьи на наследственную патологию, режим и питание беременной.

Анкетирование показало, что большинство матерей посещали Школу матери (73,8%). Из тех, кто ответил, что не посещал: не знали о ее существовании 3,3%, 8,7% не считают нужным посещать школу, у 14,2% опрошенных нет на это времени. Посещали все занятия 67%, а 6,8% матерей прослушали только одно занятие.

Большинство респондентов (55%) отметили, что онлайн формат работы школы был бы удобнее и позволил посещать все занятия.

Медицинская сестра кабинета здорового ребенка, ведущая занятия в Школе, научит ухаживать за кожей малыша, измерять температуру, купать и пеленать. Кроме того, во время занятий определяются точные позиции питания мамы: что можно и что нельзя кушать. Большое количество времени на занятиях уделяется теме грудного вскармливания.

По мнению слушательниц Школы лучше всего освещаются вопросы грудного вскармливания, массаж и гимнастика (по 16,2%), которые родители могут делать дома самостоятельно, вопросы вакцинации ребенка – 15,6% (Рисунок 2).

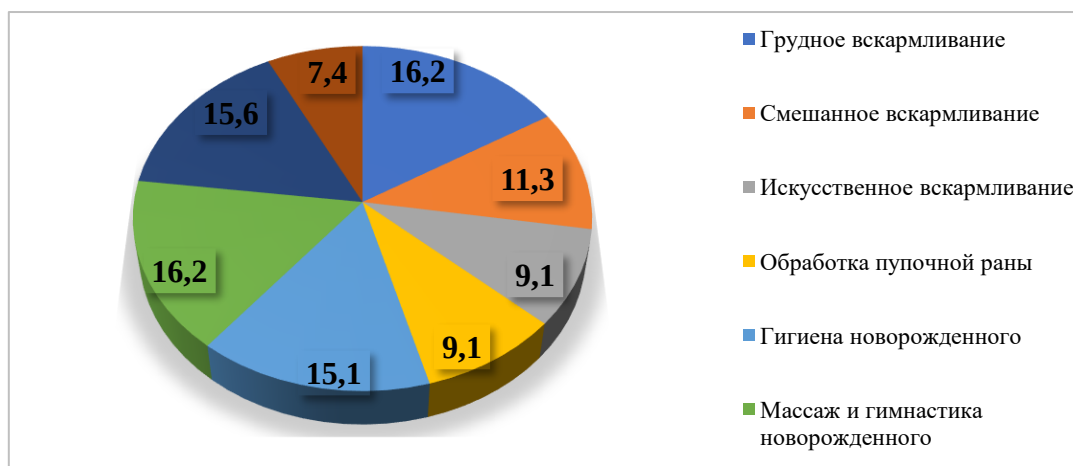


Рис. 2. Оценка беременными по оценке освещенности тем по 5-ти бальной шкале (в %)

Одним из вопросов анкеты был о необходимости создания Школы отцов. Необходимость такой школы отметили 53,4% опрошенных, также отмечено, что онлайн формат был бы удобнее.

Заключение. Забота о будущем здоровье ребенка начинается с беременности. Однако несмотря на то, что значительный объем информации будущая мама может получить еще до рождения ребенка, при посещении занятий Школы для будущих матерей, проводимой в кабинете здорового ребенка, удельный вес женщин, посещавших данные занятия в 2022 году, составил только 83,3%.

Литература:

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Проблемы охраны здоровья детей и пути их решения на страницах журнала «педиатрия имени Г.Н. Сперанского» в XX веке. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2022. Т. 101. № 3. С. 12-19.
2. Моисеева К.Е., Иванов Д.О., Юрьев В.К., Алексеева А.В., Шевцова К.Г., Харбедия Ш.Д., Заступова А.А., Данилова В.В. Отклонение массы тела при рождении как фактор риска для здоровья ребенка. Социальные аспекты здоровья населения. 2023. Т. 69. № 2.
3. Шевцова К.Г., Алексеева А.В. Основные проблемы организации вакцинопрофилактики в детских поликлиниках. В книге: Тезисы X Общероссийской конференции с международным участием «FLORES VITAE. Поликлиническая педиатрия». Москва, 2022. С. 11.
4. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Карайланов М.Г., Глущенко В.А., Харбедия Ш.Д., Алексеева А.В. Основы организации оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению. Учебное пособие для студентов педиатрического факультета (уровень специалитета) / Сер. Библиотека педиатрического университета. Санкт-Петербург, 2023.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА БОЛАЛАР НОГИРОНЛИГИ
САБАБЛАРИНИ ЎРГАНИШ ВА ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ЁРДАМИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ (Сурхондарё вилояти мисолида)**

Касимова Д.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Муамманинг долзарблиги. Болалар ногиронлиги – жамиятимизнинг ҳозирги вақтдаги энг муҳим тиббий-ижтимоий муоммоларидан бири. Саломатлиги жиддий бузилиши билан бирга болаларнинг сони ўсиб бормокда, аммо мавжуд бўлган тиббий хизмат кўрсатиш тизими ногиронликни олдини олиш ва ихтисослаштирилган ёрдам керакли даражада йўналтирилган. ЖССТ таърифига кўра, болалар ногиронлиги бу организм функцияларининг қатъий бузилиши билан боғлиқ, болалар саломатлигининг йўқотилишидир, у касаллик, туғма камчиликлар ва шикастланишлар натижасида вужудга келган бўлиб, боланинг ижтимоий мослаша олмаслиги ҳаётий фаолиятнинг кескин чекланишига ижтимоий ёрдам ва оила ғамхўрлиги зарурлигини талаб этади (таълим, ўз-ўзига хизмат қилиш, ҳаракат, ўз-ўзини ҳаракатини назорат қила олмаслик, сўзлашувини назорат қила олмаслик, сўзлашувни бўзилишига олиб келади).

Тадқиқотнинг мақсади: Сурхондарё вилоятида 16 ёшгача бўлган ногирон болаларни ногиронлик сабабларини аниқлаш ва ногирон болаларга ижтимоий ёрдам кўрсатишда ҳамшираларни ролини илмий жиҳатдан асослаш.

Тадқиқот текшириш материаллари: Сурхондарё вилоятидаги 16 ёшгача бўлган ногирон болалар. Тадқиқот олиб боришда статистик, иқтисодий, социологик ва ходиса-назорат усулларидан фойдаланилди. Ўзбекистон Республикасида соғлиқни сақлаш соҳасидаги ислохотларнинг асосий вазифаси ўрта тиббиёт ходимлари фаолиятини такомиллаштиришдир. Шу мақсадда соғлиқни сақлаш вазирлиги ўрта тиббиёт ходимлари иши фаолиятига ўзгартиришлар киритиш тўғрисидаги чоралар қабул қилинди. Ўтказилган тадқиқот натижасида шуни такидлаб ўтиш лозимки, патронаж ҳамширалар қуйидагиларни билиши лозимдир: Бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатувчи муассасаларда бош ҳамширалар лавозимини эгаллаб турган ҳамширалар етарли билим, кўникма ва малакаларга эга эмаслар (улар ўрта тиббиёт ходимлари). Шунинг учун профессионал компетентлигини инобатга олиб, турли гуруҳ тиббиёт ходимларини функцияларини қайта кўриб чиқиш керак. Афсус билан айтиш керакки тиббиёт ҳамширасига шифокор ёки бош шифокорнинг ёрдамчиси сифатида қаралиб, фақат ёрдамчи функциялар юклатилади. Умумий амалиёт шифокорлари кенг тарқалган 200дан ортиқ касалликларни даволашлари, қолган 15 % касалликлар бўйича фақат биринчи ёрдам кўрсатишлари ва тор мутахассисларга юборишлари мумкин. Умумий амалиёт шифокорлари чақалок, бола, катта ва кекса кишиларнинг танасидаги аъзоларда руй бериши мумкин бўлган касалликларнинг асоратланмаган турларигагина ёрдам кўрсата оладилар. Ўтказилган тадқиқотимиз давомида, Сурхондарё вилоятининг Денов, Узун, Сариосиё туманларидаги оилавий

поликлиникаларда ишловчи ўрта тиббиёт ҳамшираларининг орасида ўтказилган анкета-сўров усулидан шуни кўрсатадики, «16 ёшгача болалар ўртасида қандай касалликлар кўп учрайди, Болалар ногиронлиги деганда нимани тушинасиз, болалар ногиронлигига олиб келувчи касалликлар» мавзусида берилган саволларимизга 50% ҳамшира тўлиқ жабор беришган, 40% қисман тўлиқ ва ва 10% тўлиқ эмас.

Хулоса

а)қизларни эрта никоҳларнинг олдини олиш ва қариндошлар орасидаги никоҳларга барҳам бериш, ёш қизлик пайтида бошдан кечирган касалликларларни ўз вақтида олдини олиб вақтида даволаниш, хомиладорлик интергенетик даврларни узайтириш тушунтириш (3 йилгача);

б)ирсий ва туғма патологиянинг юқори хавфи бўлганда болалар туғилишини чегаралаш тушунтириш;

в)хомила патологиясини туғрукгача ташҳислаш имконияти мавжуд бўлганда хомиладорликнинг эрта муддатларида генетик шикастланган ҳомилани элиминация қилиш. Мазкур ёндошув никоҳдаги жуфтликнинг ўзи томонидан бола туғилишини чегаралаш ёки бош тортиш йўли билан репродукция функциясини бошқаришга қаратишни тушунтириш;

г)ота-оналарнинг тиббий билимларини оширишни назорат қилиш, соғлом турмуш тарзи кўникмаларини тўғри тадбиқ этиш, инсонни ўраб турган муҳитни соғломлаштириш ишларини амалга ошириш.

Адабиётлар:

1.Абдуфаттаев А.А., Жилонов А.А. Социально-экономические расчёты пластических операций со стеблем Филатова. // Медицинский журнал Узбекистана.-2007.-№8-10.-С. 10-12.

2.Абдуфаттаев А.А. Комплексное социально-экономические исследования инвалидизации рабочих и служащих хлопкосеющих совхозов. // Автореф. дис. канд. мед. наук.- Ташкент.-2006, 17с.

3.Абдуфаттаев А.А. Медико-социальные аспекты стойкой утраты трудоспособности населения Республики Узбекистан. Ташк. педиатрический мед. ин-т. // Автореф. дис...д-ра мед. наук.-2004,-29с.

4.Абросимова М.Ю., Фёдорова А.И. Характеристика инвалидности подростков в Республике Татарстан. // Рос. педиатр. жур. -2014, № 3, с.47.

5.Касимова Д.А.Комплексное изучение состояние здоровья и прогнозирование факторов риска развития детской инвалидности: научное издание / Д.А.Касимова, Б.М.Маматкулов, М.Н.Шукурова // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. - Ташкент, 2015. - N3. - С. 126-129. - Библиогр.: 10 назв.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Касимова Д.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы. Реформы, проводимые в стране, обусловили новые социально-экономические формы жизни семей с детьми, привели к смене семейной идеологии и привычной системы ценностей, вызвали состояние неуверенности, социальной и психологической дезадаптации. Особенно остро эти процессы отражаются на состоянии здоровья молодого поколения, оказавшегося в зоне социального и экономического неблагополучия (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2003).

Последние десятилетия характеризуются ухудшением здоровья детей и подростков (Антропова А.В., Бородкина Г.В., 1999; Малахов О.А., 2001; Рожавский Л.А., 2006). Особое внимание заслуживают проблемы детей и молодежи, имеющих ограниченные возможности здоровья. Инвалидность - проблема, волнующая каждое государство и затрагивающая интересы всех слоев общества. (Шарапова О.В., 2002; Светличная Т.Г., Нестерова И.В., 2007).

Актуальность проблемы в нашей стране определяется ростом показателей заболеваемости, смертности и инвалидности, характеризующих неблагополучие в современном состоянии системы охраны общественного здоровья (Гришина Л.П. с соавт., 2001; Бреева Е.Б., 2002; Андреева О.С. с соавт., 2004; Житный М.В., 2006).

Проблема детской инвалидности приобретает особую важность на фоне роста числа детей с ограниченными возможностями, как в России, так и во всем мире (Сивохина Т.А., Афанасенко В.В., 2001; Маковецкая Г.А. с соавт. 2004; Пузин С.Н., Лаврова Д.И., 2005).

Рост и высокая распространенность детской инвалидности обуславливает необходимость совершенствования профилактики, изучения и целенаправленного воздействия на основные факторы риска, ее формирующие (Шереметьева С.Н. с соавт., 2003).

Для Самарской области, крупного промышленного региона России, проблема детской инвалидности является крайне актуальной. Несмотря на то, что в Самарской области сформирована и функционирует разветвленная сеть учреждений различных министерств и ведомств, осуществляющих реабилитационные мероприятия медицинского, психологического, социального и педагогического профиля, детская инвалидность остается на высоком уровне.

Дети с ограниченными возможностями и их семьи испытывают сочетанное негативное воздействие целого ряда отрицательных факторов медико-социального, социально-гигиенического, социально-экономического и психологического характера. Многочисленные проблемы, с которыми сталкиваются семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, как проживающие в городах, так и в сельской местности, невозможно решить только силами самих семей. Для решения проблем, стоящих перед этими

семьями, необходима инициатива и активное участие различных органов и учреждений государственной и общественной системы, необходима реорганизация самой системы оказания помощи детям с ограниченными возможностями и их семьям.

В настоящее время государственная политика в отношении детей-инвалидов направлена, в основном, на оказание различных видов социальной помощи, тогда как созрела необходимость изменить общественное сознание и деятельность государственных учреждений всех уровней в отношении этой части населения, создать условия для интеграции их в общество, укрепление предпосылок их независимой жизни (Камаев И.А., Позднякова М.А., 2004).

Поэтому, не смотря на позитивные сдвиги, особенно в последнее время, проблема полноценной интеграции детей и подростков с ограниченными возможностями в современные условия жизни еще далека от решения.

Особое внимание заслуживают проблемы детей и молодёжи, имеющих ограниченные возможности здоровья. Инвалидность - проблема, волнующая каждое государство и затрагивающая интересы всех слоев общества.

Актуальность проблемы в нашей стране определяется ростом показателей заболеваемости, смертности и инвалидности, характеризующих неблагополучие в современном состоянии системы охраны общественного здоровья. Дети с ограниченными возможностями и их семьи испытывают сочетанное негативное воздействие целого ряда отрицательных факторов медико-социального, социально-гигиенического, социально-экономического и психологического характера. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 1 миллиарда человек, или 15% мирового населения, имеют ту или иную форму инвалидности, 80% из них проживают в развивающихся странах.

Однако в Узбекистане в качестве лиц с инвалидностью зарегистрированы лишь 2% населения. Проблема детской инвалидности приобретает особую важность на фоне роста числа детей с ограниченными возможностями, как в России, Узбекистане, так и во всём мире (Сивохина Т.А., Афанасенко В.В., 2001; Маковецкая Г.А. с соавт. 2004; Пузин С.Н., Лаврова Д.И., 2005, Касимова Д.А., 2012).

Для решения проблем, стоящих перед этими семьями, необходима инициатива и активное участие различных органов и учреждений государственной и общественной системы, необходима реорганизация самой системы оказания помощи детям с ограниченными возможностями и их семьям. Рост и высокая распространенность детской инвалидности обуславливает необходимость совершенствования профилактики, изучения и целенаправленного воздействия на основные факторы риска, ее формирующие.

Литература:

1. Zelinskaya D.I., Child disability as a health issue // of Public Health. -2008. - № 2. -С. 23-25.
2. Svintsov A.A. Characteristics of the contingent disabled children // Health RF.- 1998 .- № 2. -С. 31-33.

3. Asadov D.A., Sharipova M.K. The significance of the economic cost of disability in childhood and ways of optimization of medical interventions to reduce them. // Pediatrics. Spec. Vol. С 6-10.

4. Inamova S.T., Sharipova M.K. Formation of perinatal diagnostics service in Uzbekistan. // Pediatrics. -2003. - Spec. Vol. - S. 10-12.

5. Kasimova D.A. Medical and social aspects of childhood disability and ways to reduce (on materials of Tashkent). // Avtoreferat -2012.

6. Касимова Д.А. Возрастно-половые особенности детской инвалидности. // Научный практический журн. Патология. Ташкент-2010. №2-3. -С.132-136.

7. Касимова Д.А., Маматкулов Б.М. Медико-социальные аспекты детской инвалидности. Врач-аспирант. Воронеж, 2011 -№ 2,3 (45). -С. 512-516.

8. Касимова Д.А. Социально-гигиенические факторы риска детской инвалидности. // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана РУз. Ташкент, 2011. №4. -С.27-29.

9. Касимова Д.А. Основные закономерности динамики детской инвалидности. // Бюллетень Ассоциации врачей РУз. Ташкент, 2012 №1 -С.40-42.

10. Касимова Д.А. Детская инвалидность важнейший показатель здоровья населения. // Дни молодых учёных. Материалы научно-практической конференции аспирантов, соискателей и магистрантов. ТМА.-Ташкент, 14-15 апреля. 2009 -С. 44-45.

11. Касимова Д.А. Некоторые особенности изучения детской инвалидности. // Дни молодых учёных. Материалы научно-практической конференции аспирантов, соискателей и магистрантов. ТМА.-Ташкент, 14-15 апреля. 2009 -С.46-47.

12. Касимова Д.А. Методологические основы детской инвалидности в г.Ташкенте. // Дни молодых учёных. Материалы научно-практической конференции аспирантов, соискателей и магистрантов. ТМА.-Ташкент. 14-15 апреля. 2009 -С.48-49.

13. Касимова Д.А. Структура и уровень детской инвалидности (по материалам Мирзо Улугбекского района). // Дни молодых учёных. ТМА. Ташкент, 19-20 апреля 2011. -С. 32.

14. Касимова Д.А. Влияние социально-гигиенических факторов на уровне детской инвалидности (по материалам Чиланзарского района в г. Ташкенте). // Дни молодых учёных. ТМА. Материалы научно-практической конференции магистрантов. Ташкент, 19-20 апреля 2011. -С.107.

15. Касимова Д.А. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в здравоохранении. // Гигиенические проблемы охраны здоровья населения на современном этапе и пути их решения. Материалы научно-практической конференции, Ташкент, 6 марта 2010. -С.155-156.

16. Маматкулов Б., Азимов Р., Аvezова Г., Касимова Д., Инаков Ш. Доказательная медицина как инструмент повышения качества медицинской помощи. // Республиканская конференция: «Развитие первичного звена здравоохранения Узбекистана за 10 лет». Ташкент, 06.2010. -С.132.

17.Касимова Д.А. Пути повышения качества детской инвалидности в условиях первичной медико-санитарной помощи. //Республиканская конференция: «Развитие первичного звена здравоохранения Узбекистана за 10 лет». Ташкент, 06.2010. –С.136.

18.Б.М.Маматкулов, Г.С.Авезова, Д.А.Қосимова. Болалар саломатлиги ва хавф омилларини ўрганишда далилларга асосланган тиббиёт усулларини қўллаш. Илмий-услубий қўлланма. Тошкент. 28.10.2011.-156.

19.Касимова Д.А. Прогнозирование риска и многоуровневая программа профилактики детской инвалидности. Научные-методические рекомендации. Ташкент, 9 декабря 2011.-15с.

20.Kasimova D.A. Prediction of risk and multilevel program of prevention the children invalidity. Methodical recommendations. Tashkent, 9 December. 2011y. -13p.

MEDICAL ETHICS IN DENTISTRY

Israilova M.N., Abidova M.I.

Tashkent State Dental Institute

One of the tasks of higher education is to educate students in the spirit of deep thinking, independent research and the desire to discover new things. A number of decisions made by the President and the state in accordance with the requirements of the time are aimed at this, aimed at training a comprehensively mature specialist. One of the most important tasks of dentists today is the exchange of experience in their profession and the introduction of various medical practices by inviting these specialists to our country. Over the past decade, teaching foreign languages in world practice using modern technologies has been growing rapidly.

In the field of medicine and pharmaceuticals, perfect knowledge of foreign languages during a period of great development is also important. In medicine, mastering a foreign language allows future dentists to further develop their professional skills, applying knowledge of a foreign language, understanding and analyzing information from professional scientific articles and literature published in a foreign language in the chosen specialty.

Relevance of this article to familiarize students with dental terminology and assist them in mastering topics, forms of medicine, doctor-patient relationship and adherence to medical ethics of a dentist, as well as organization of individual independent work in preparation for a practical lesson.

Medicine is the science and practice of the diagnosis, treatment, and prevention of disease. The word medicine is derived from the Latin *ars medicina*, meaning the art of healing. Medicine encompasses a variety of health care practices evolved to maintain and restore health by the prevention and treatment of illness.

Contemporary medicine applies biomedical sciences, biomedical research, genetics and medical technology to diagnose, treat, and prevent injury and disease, typically through pharmaceuticals or surgery, but also through therapies as diverse as psychotherapy, external splints and traction, prostheses, biologics, and ionizing radiation, amongst others.

Medicine has existed for thousands of years, during most of which it was an art (an area of skill and knowledge) frequently having connections to the religious and philosophical beliefs of local culture. For example, a medicine man would apply herbs and say prayers for healing or an ancient philosopher and physician would apply bloodletting according to the theories of humorism. In recent centuries, since the advent of science, most medicine has become a combination of art and science (both basic and applied, under the umbrella of medical science). While stitching technique for sutures is an art learned through practice, the knowledge of what happens at the cellular and molecular level in the tissues being stitched arises through science.

Prescientific forms of medicine are now known as traditional medicine and folk medicine. They remain commonly used with or instead of scientific medicine and are thus called alternative medicine. For example, evidence on the effectiveness of acupuncture is "variable and inconsistent" for any condition, but is generally safe when done by an appropriately trained practitioner.

The relation of doctor and patient, from which medical science and practice arise, conditions everything within the field of medicine and is itself conditioned by the nature of human relations in general. The patient is a person who is anxious about himself, who asks another person to help him. The fact that the doctor-patient relationship is a relationship of persons provides certain principles in itself. Just as a teacher who teaches his subject and not his pupils is a bad teacher, so a doctor who sets out to heal diseases instead of healing people will not be a good doctor. The patient as a person requiring help is the focus of all problems in medicine. If medicine treats diseases, then a classification of diseases into bodily and mental will arise in which the unity of the person is lost sight of. Every case which a doctor deals with arises because of the patient's anxiety about himself. His anxiety, which brings him to the doctor, is his sense that something is the matter with him. The task of the physician is to discover what is the matter. If some malfunctioning of the organism can be discovered, then it can be correlated with the anxiety of the patient about himself. If this is correct, then the restoration of proper bodily function will remove this anxiety and bring the relationship of doctor and patient to an end. But if the doctor can assure himself that there is no physical failure sufficient to account for the anxiety of the patient, what is to be done? The physician may feel inclined to say that there is nothing the matter with him. But there must be something the matter with the man who comes to a doctor when there is nothing the matter with him. The anxiety must have a cause. As it is an anxiety about himself, the cause must lie in himself. If it has no observable bodily correlation, the anxiety itself is a disease and expresses the patient's sense that something is the matter with his functioning as a human being.

Medical ethics is a system of moral principles that apply values and judgments to the practice of medicine. As a scholarly discipline, medical ethics encompasses its practical application in clinical settings as well as work on its history, philosophy, etiology and sociology. Six of the values that commonly apply to medical ethics discussions are:

autonomy - the patient has the right to refuse or choose their treatment. (*Voluntas aegroti suprema lex.*)

beneficence - a practitioner should act in the best interest of the patient. (Salus aegroti suprema lex.)

justice - concerns the distribution of scarce health resources, and the decision of who gets what treatment (fairness and equality).

non-maleficence - "first, do no harm" (primum non nocere).

respect for persons - the patient (and the person treating the patient) have the right to be treated with dignity.

truthfulness and honesty - the concept of informed consent has increased in importance since the historical events of the Doctors' Trial of the Nuremberg trials, Tuskegee syphilis experiment, and others.

Values such as these do not give answers as to how to handle a particular situation, but provide a useful framework for understanding conflicts. When moral values are in conflict, the result may be an ethical dilemma or crisis. Sometimes, no good solution to a dilemma in medical ethics exists, and occasionally, the values of the medical community (i.e., the hospital and its staff) conflict with the values of the individual patient, family, or larger non-medical community. Conflicts can also arise between health care providers, or among family members. For example, some argue that the principles of autonomy and beneficence clash when patients refuse blood transfusions, considering them life-saving; and truth-telling was not emphasized to a large extent before the HIV era.

Dentistry is the branch of medicine concerned with diagnosing, preventing, and treating diseases and abnormalities of the teeth and gums. Tooth decay and gum diseases are a health problem made worse by the kinds of food we eat. One person in 3 over the age of 35 needs dentures (false teeth), while half the adults over 40 have some teeth missing because of gum disease.

Until the middle of the 19th century, most dental operations were performed by travelling tooth drawers and barbers. Today the dentist, like the doctor, is a highly-trained person whose work is vital to the health of the community.

The professional training of dentists lasts several years. For the first two years, most student dentists undergo general medical training. They study subjects such as anatomy (the structure of the body), physiology (how the body works), biochemistry (the chemical reactions in the body), and also special anatomy and physiology concerning the structure of the mouth and teeth, how the teeth grow, and how they become unhealthy or diseased. Gradually they specialize in dental subjects such as prosthodontics (the use and manufacture of false teeth), orthodontics (straightening teeth), conservation (fillings), and oral surgery (operations on the teeth, gums, jaws and other nearby parts).

During the professional training doctors are taught personally to assess patients in order to diagnose, treat, and prevent disease following dental ethics.

Ethics means the system of principles of right or wrong in human conduct. The purpose of medical ethics is to protect and defend the dignity and patients' rights.

The Hippocratic Oath, the Holy Bible, the Holy Koran, the Islamic legacy, as well as cultures, traditions, and social morality have shaped and guided the development of ethical standards in the medical profession. The World Medical Association adopted a

number of international ethical codes: the Declaration of Geneva (1948), the Declaration of Lisbon (1984).

According to the guidelines of ethical code every doctor must:

- give patients information in a way they can understand
- keep his professional knowledge up to date
- recognize the limits of his professional competence
- be honest and trustworthy
- respect and protect confidential information
- make sure his personal beliefs do not prejudice his patient/s care
- act quickly to protect patients from risk if he has a good reason to believe that he or his colleagues may not be fit to practice
- make the care of his patient his first concern
- treat every patient politely and considerately.

Bioethics is the study of debatable ethical problems brought about by advances in biology and medicine. Bioethics are concerned with the ethical questions that arise in the relationships among life sciences, biotechnology, medicine, politics, law, and philosophy.

In most countries, it is a legal requirement for a medical doctor to be licensed or registered. In general, this entails a medical degree from a university and accreditation by a medical board or an equivalent national organization, which may ask the applicant to pass exams. This restricts the considerable legal authority of the medical profession to physicians that are trained and qualified by national standards. It is also intended as an assurance to patients and as a safeguard against charlatans that practice inadequate medicine for personal gain. While the laws generally require medical doctors to be trained in "evidence based", Western, or Hippocratic Medicine, they are not intended to discourage different paradigms of health.

References:

1. Coppa A, Bondioli L, Cucina A, Frayer DW, Jarrige C, Jarrige JF, et al. Palaeontology: Early neolithic tradition of dentistry. Nature 2006
2. Israilova M.N. Improvement of didactic basis of intellectual – cultural development of students of higher medical educational institutions in the process of teaching Latin language: Abstract of diss.doctor of Ph. sciences. – Tashkent: 2017. 10-11p.
3. Hussain and Khan: History of Dentistry Available from: <http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/2/hi/science/nature/4882968.stm> [Last accessed on 2014 May 7]. [Downloaded free from <http://www.amhsjournal.org> on Wednesday, September 28, 2016, IP: 82.74.19.177] 110 Archives of Medicine and Health Sciences / Jan-Jun 2014 / Vol 2 | Issue 1
4. The American Academy of Periodontology Archived 2005-12-14 at the Wayback Machine. "Oral Health Information for the Public" Archived 2006-12-09 at the Wayback Machine. Retrieved December 12, 2005.
5. Kirsanov L.A. and Kudryashova N.I. Reader for medical students. Moscow 2000
6. T.P.Shedrina and oth. English language. Moscow 2005

7. F.Netter. Human anatomy. MediMedia USA Company 2008
8. Abramenko L.A. Reading medical literature in English. Moscow, 2000.
9. L.Yu.Berzegova and coath. English in Dentistry. GEOTAR – Media, 2018
10. Israilova M.N. Abidova M.I. Textbook Dentistry TSDI 2023

THE ROLE OF ASYMMETRIC DIMETHYLARGININE AS A PREDICTOR OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Makhkamova M.M., Nurillaeva N.M.

Tashkent medical academy

Introduction. Asymmetric dimethylarginine (ADMA) is an endogenous inhibitor of nitric oxide synthase (NOS), an enzyme responsible for producing nitric oxide (NO), a molecule with various cardiovascular protective effects including vasodilation and inhibition of platelet aggregation. Elevated levels of ADMA have been associated with endothelial dysfunction, inflammation, and oxidative stress, all of which are key factors in the development and progression of cardiovascular diseases (CVD).

Key words: Asymmetric dimethylarginine, cardiovascular disease, nitric oxide synthase, endothelial dysfunction, l-arginine.

The development of atherosclerosis, in particular atherosclerosis of the coronary arteries, is influenced by many factors: age, gender, heredity, smoking, low physical activity, hypertension, excess body weight, dyslipidemia, diabetes [7]. These also include hyperhomocysteinemia, changes in fibrinolytic activity of the blood, and indicators of nonspecific inflammation (C-reactive protein). Recently, endothelial dysfunction has been considered as an independent risk factor for the development of atherosclerosis and other CVDs [4].

Endothelial dysfunction is accompanied by an imbalance in the production of vasoactive substances that regulate the lumen of the vessel and cell growth. Nitric oxide is one of the mediators that is of paramount importance for maintaining the functioning of endothelial cells [10, 20]. In addition to the direct vasodilating effect [1], nitric oxide, produced in endothelial cells with the help of nitric oxide synthase [9], prevents the development of atherosclerosis due to other properties: reducing the expression of leukocyte adhesion molecules, the content of pro-inflammatory cytokines, control of SMC proliferation, aggregation platelets, maintaining the balance of the blood coagulation and anticoagulation systems [13].

It has now been established that there are several pathways for the formation of nitric oxide in the human body. One of them involves the formation of nitric oxide by the action of nitric oxide synthase. There are 3 isoforms of this enzyme [5, 7, 20]. Type I nitric oxide synthase, called neuronal, is concentrated in cerebellar neurons and astroglia. Inducible nitric oxide synthase type II is expressed as a result of exposure to inflammatory cytokines [5]. Type III nitric oxide synthase is localized predominantly in the endothelium and has a constitutional nature [15]. Another pathway for the formation of nitric oxide involves the reduction of nitrates and nitrites to nitric oxide under low oxygen conditions. It should be noted that the second mechanism of nitric oxide generation, independent of nitric oxide synthase, according to some authors, may

even predominate during the progression of ischemia and its transition to necrosis [2; 11].

The substrate for the synthesis of nitric oxide under the action of nitric oxide synthase is the amino acid L-arginine, the main endogenous amino acid. In addition to participating in the metabolism of nitric oxide, L-arginine is a product of the ammonia detoxification process, a metabolite of the uric acid cycle, a precursor of ornithine, urea and creatinine, and a participant in the formation of active centers of some enzymes [14]. Data from animal experiments, as well as in vitro studies, showed the combined antiaggregation, anticoagulation and profibrinolytic effects of L-arginine [6]. The administration of L-arginine as a substrate for the formation of nitric oxide leads to an improvement in endothelium-dependent vasodilation, reduces blood pressure and total peripheral vascular resistance, both in healthy individuals and in patients with cardiovascular diseases [3], improves the function of endothelial cells, quality life, tolerance to physical exercise and reduces the intensity of LDL-C oxidation during angina pectoris [4], reduces the degree of myocardial ischemia-reperfusion damage in humans in vivo [12]. Impaired L-arginine transport is observed in patients with hypertension and in normotensive individuals genetically predisposed to the development of hypertension [17]. Thus, L-arginine plays a significant role in the functioning of the cardiovascular system. In the human body, L-arginine, like other amino acids, undergoes various metabolic changes [19]. In particular, methyl groups are transferred to L-arginine residues, which are part of various proteins both in the endothelium and in other tissues, under the action of enzymes, and methylated amino acids are formed, including ADMA, which can compete with L-arginine as a substrate nitric oxide synthase and lead to the development of endothelial dysfunction [6].

ADMA is a naturally occurring compound found in the body that plays several important physiological roles. Some of the key functions of ADMA include:

a) Regulation of nitric oxide (NO) synthesis: ADMA is an endogenous inhibitor of nitric oxide synthase (NOS), which is the enzyme responsible for producing nitric oxide (NO) from arginine [11]. Nitric oxide is a critical signaling molecule involved in various physiological processes, including vasodilation, neurotransmission, and immune response. By inhibiting NOS, ADMA regulates the production of NO, thereby influencing vascular tone, blood pressure regulation, and other cardiovascular functions [8].

b) Vascular tone and blood pressure regulation: Nitric oxide produced by NOS plays a key role in regulating vascular tone by promoting vasodilation, which relaxes blood vessels and lowers blood pressure. Elevated levels of ADMA can lead to decreased NO production, resulting in impaired vasodilation and endothelial dysfunction, which are associated with conditions such as hypertension and atherosclerosis [21].

c) Endothelial function: ADMA is involved in the regulation of endothelial function, which refers to the health and integrity of the inner lining of blood vessels (endothelium) [18]. Endothelial dysfunction, characterized by impaired endothelial-dependent vasodilation and increased inflammation, is a key feature of various cardiovascular diseases. Elevated levels of ADMA have been associated with

endothelial dysfunction, suggesting a role for ADMA in the pathogenesis of these conditions [2;10].

d) Inflammation and oxidative stress: ADMA has been implicated in the regulation of inflammation and oxidative stress, both of which are involved in the development and progression of cardiovascular diseases. ADMA can promote inflammation and oxidative stress by various mechanisms, including the induction of pro-inflammatory cytokines and activation of oxidative pathways [9]. Elevated levels of ADMA have been associated with increased markers of inflammation and oxidative stress, further highlighting its role in cardiovascular pathology.

e) Cell growth and proliferation: ADMA may also influence cell growth and proliferation through its effects on NO signaling pathways. Nitric oxide produced by NOS can regulate cell proliferation, apoptosis, and angiogenesis in various cell types. Dysregulation of ADMA levels may disrupt these processes, contributing to pathological conditions such as cancer, neurodegenerative diseases, and cardiovascular disorders [3].

The normal concentration of asymmetric dimethylarginine (ADMA) in the blood can vary depending on several factors such as age, sex, and underlying health conditions. However, typically, the concentration of ADMA in healthy individuals ranges from approximately 0.4 to 0.8 micromoles per liter ($\mu\text{mol/L}$) or 0.05 to 0.1 milligrams per deciliter (mg/dL) [16]. It's essential to note that these values can vary slightly depending on the laboratory method used for measurement and the specific population being studied. Additionally, levels of ADMA may be influenced by factors such as renal function, diet, and medications. Clinically, elevated levels of ADMA, beyond the normal range, have been associated with increased risk for cardiovascular diseases and other vascular disorders. Therefore, monitoring ADMA levels can be useful in assessing cardiovascular risk and guiding treatment strategies in patients with such conditions [2].

Summary. In summary, ADMA is considered a predictor of cardiovascular diseases due to its role in promoting endothelial dysfunction, inflammation, and oxidative stress, all of which are key pathophysiological mechanisms underlying the development and progression of CVD. Lowering ADMA levels has been proposed as a potential therapeutic strategy for preventing and treating CVD. Interventions aimed at reducing ADMA levels, such as lifestyle modifications (e.g., exercise, diet) and pharmacological treatments (e.g., statins, ACE inhibitors), have shown promise in improving endothelial function and reducing cardiovascular risk.

References:

1. ADMA impairs nitric oxide-mediated arteriolar function due to increased superoxide production by angiotensin II-NAD(P)H oxidase pathway / Z. Veresh [et al.] // Hypertension. — 2008. — Vol. 52, № 5. — P. 960-966.
2. ADMA induces monocyte adhesion via activation of chemokine receptors in cultured THP-1 cells / M. Chen [et al.] // Cytokine. — 2008. — Vol. 43, № 2. — P. 149-159.
3. An endogenous inhibitor of nitric oxide synthase regulates endothelial adhesiveness for monocytes / R.H. Boger [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 2000. —

Vol. 36. — P. 2287-2295

4. Asymmetric dimethyl arginine produces vascular lesions in endothelial nitric oxide synthase-deficient mice: involvement of reninangiotensin system and oxidative stress IO. Suda [et al.] // *Arterioscler. Thromb. Vase. Biol.* — 2004. — Vol. 24. — P. 1682-1688.

5. Asymmetric dimethyl-arginine and coronary artery calcification in young adults entering middle age: the CARDIA Study / C. Iribarren [et al.] // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* — 2007. — Vol. 14. — P. 222-229.

6. Asymmetric dimethylarginine (ADMA) is a critical regulator of myocardial reperfusion injury. / M.C. Stihllinger [et al.] // *Cardiovascular Research.* — 2007. — Vol. 75, № 2. — P. 417-425.

7. Asymmetric dimethylarginine and coronary collateral vessel development. / S.A. Kocaman [et al.] // *Coron. Artery Dis.* — 2008. — Vol. 19, № 7. — P. 469-474.

8. Asymmetric dimethylarginine and hyperhomocysteinemia in patients with acute myocardial infarction / C. Korandji [et al.] // *Clin. Biochem.* — 2007. — Vol. 40, № 1-2. — P. 66-72.

9. Asymmetric dimethylarginine and reduced nitric oxide bioavailability young black in african men / N. Melikian [et al.] // *Hypertension.* — 2007. — Vol. 49. — P. 873-877.

10. Asymmetric dimethylarginine and the risk of cardiovascular events and death in patients with coronary artery disease: results from the AtheroGene Study / R. Schnabel [et al.] // *Circulation Research.* — 2005. — Vol. 97, № 5. — P. E53- E59.

11. Asymmetric dimethylarginine independently predicts fatal and nonfatal myocardial infarction and stroke in women. 24-year follow-up of the population study of women in Gothenburg. / T. Leong [et al.] // *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology.* — 2008. — Vol. 28. — P. 961-967.

12. Asymmetric dimethylarginine induces tissue factor expression in monocytes via NF-kappaB-dependent pathway: Role in acute coronary syndromes. / D.J. Jiang [et al.] // *Atherosclerosis.* — 2009. — 205(2). — P. 554-560.

13. Asymmetric dimethylarginine is an independent risk factor for coronary heart disease: results from the multicenter Coronary Artery Risk Determination investigating the Influence of ADMA Concentration (CARDIAC) study / F. Schulze [et al.] // *American Heart Journal.* — Vol. 152, Issue 3. — P. 493.e1- 493.e8.

14. Asymmetric dimethylarginine is associated with macrovascular disease and total homocysteine in patients with type 2 diabetes / K. Krzyzanowska [et al.] // *Atherosclerosis.* — 2006. — Vol. 189, № 1. — P. 236-240.

15. Asymmetric dimethylarginine predicts cardiovascular events in patients with type 2 diabetes diabetes care / K. Krzyzanowska [et al.] // *Diabetes Care.* — Vol. 30, № 7. — P. 1834-1839.

16. Asymmetric dimethylarginine predicts major adverse cardiovascular events in patients with advanced peripheral artery disease / F. Mittermayer [et al.] // *Arterioscler. Tromb. Vase. Biol.* — 2006. — Vol. 26, № 11. — P. 2536-2540.

17. Asymmetric dimethylarginine upregulates LOX-1 in activated macrophages: role in foam cell formation / I.V. Smirnova [et al.] // *Am. J. Physiol. Heart Circ.*

Physiol. — 2004. — Vol. 287. — P. H782-H789.

18. Журавлева И.А. Роль окиси азота в кардиологии и гастроэнтерологии / И.А. Журавлева, И.А. Мелентьев, Н.А. Виноградов // Клиническая медицина — 1997. — Т.75, №4. — С. 18-21.

19. Зотова И.В. Синтез оксида азота и развитие атеросклероза / И.В. Зотова, Д.А. Затейщиков, Б.А. Сидоренко // Кардиология. — 2002. — №4. — С.58-67.

20. Родионов Р. Н., Блохин И. О., Галагудза Михаил Михайлович, Шляхто Е. В., Лентц С. Р. Асимметричный диметиларгинин и его роль в этиологии и патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний // АГ. 2008. №4.

21. Мазур Н.А. Дисфункция эндотелия, монооксид азота и ишемическая болезнь сердца / Н.А. Мазур // Терапевтический архив — 2003. — Т. 75, № 3. С. 84-86.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мирзарахимова К.Р., Нурмаматова Қ.Ч., Рахмонов Т.О., Яхяева К.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

2-Республиканский техникум общественного здоровья

имени Абу Али Ибн Сино

Введение: Железодефицитная анемия (ЖДА) необычайно широко распространенное заболевание, регистрируемое у 34% населения планеты.

Цель. Изучение особенностей клиники ЖДА у детей раннего возраста Зангиотинского района.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 220 детей с ЖДА в возрасте от 5 месяцев до 5-х лет. Возраст обследованных был: от 5 месяцев до 1 года-87 детей, от 1 года до 3 лет-59 детей, от 3 до 5 лет - 74 детей.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки и жалобы родителей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов 85 детей (80,0%), отсутствие аппетита у 71 (52,6%), извращение вкуса-употребление земли, глины, мела у 60 (46,6%), появление частых срыгиваний у 52 детей (45,2%) и рвоты 18 (15,3%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи 76 (54,7%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице. У детей старше года довольно часто встречались изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка-«лакированный язык» 32 (25,5%), так называемые «заеды» в углах рта ангулярный стоматит 31 (24,5%).

Выводы. Таким образом, железодефицитная анемия у детей раннего возраста с высокой частотой наблюдается у детей до 1 года, а в клинической картине преобладают кожно эпителиальный синдром, нервной, сердечно-сосудистой системах.

Литература:

1. Мирзарахимова К. Р. Распространенность врожденных аномалий у детей: факторы риска и роль патронажной медсестры в их предупреждении // Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22. – №. 5. – С. 41-48.
2. Mirzaraximova K. R. The prevalence of congenital anomalies in children is a risk factor and the role of community nurses in the prevention of" Medical nurse //Scientific-practical journal. – Т. 5. – С. 41-48.
3. Mirzarakhimova K. R. et al. Management in stomatology //South Asian Journal of Marketing & Management Research. – 2020. – Т. 10. – №. 10. – С. 82-89.
4. Мирзарахимова К. Р., Нурмаматова К. Ч., Абдашимов З. Б. Изучение статистики врожденных аномалий //Вестник науки. – 2019. – Т. 4. – №. 12 (21). – С. 207-214.
5. Mirzarahimova, K. R., and K. Nurmatomatova. "CH, the question on the prevalence functional disorders dental system in children." *XII International (XXI All-Russian) Pirogov scientific medical conference students and young scientists Moscow*. Vol. 120. 2017.
6. Ризаев, Ж. А., et al. "Туғма аномалияларнинг болалар орасида тарқалиши STOMATOLOGIYA № 1, 2019 (74)[Rizaev JA, Nurmatomatova Q., Dusmukhamedov DM, Mirzarakhimova KR The distribution of congenital anomalies among children."
7. Kasimova, D. A. "KR Mirzarahimova Factor of diet in the development and prevention congenital anomalies TA-nabedrennik joints." *Muharrir the Minbariuv VA Etisalat*.
8. KR M. et al. Risk factors caused by congenital disorders in children //a biblical narrative of the theology of work.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДЕТЕЙ

Мирзарахимова К.Р., Рахмонов Т.О., Абдурашидова Д.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Янгиюльский техникум общественного здоровья имени Абу Али Ибн Сино

Общественное здравоохранение детей является отдельной областью общественного здравоохранения. Часто специалисты общественного здравоохранения и педиатры работают вместе в этой области (иногда называемой здоровьем детей). Целью является оптимизация здоровья и благополучия всех детей и молодых людей.

Дети и молодые люди наиболее уязвимы к инфекционным заболеваниям и более широким детерминантам здоровья. Более того, здоровье детей является определяющим фактором здоровья взрослых, и в результате вмешательства или изменения поведения в детстве и/или подростковом возрасте (например, снижение детского ожирения) могут оказать положительное влияние на будущее здоровье во взрослой жизни. *(Детерминантой является любой фактор или характеристика, которая увеличивает риск заболевания или приводит к изменению состояния здоровья в лучшую или худшую сторону).*

Таким образом, общественное здравоохранение детей охватывает:

- Структура здоровья и заболеваемости детей и молодых людей (СΥР)
- Исследование факторов, влияющих на здоровье СΥР, и способов их изменения для улучшения здоровья и благополучия детей и молодых людей.

За последние 100 лет бремя перинатальной и младенческой смертности и недоедания снизилось в странах с высоким уровнем дохода. Вакцино-санитарные мероприятия позволили снизить заболеваемость инфекционными заболеваниями. Однако наблюдается рост числа многофакторных расстройств и состояний, которые требуют более сложного профилактического подхода – например, психических, эмоциональных и поведенческих проблем, нарушений физического и нервно-психического развития, ожирения и астмы.

В настоящее время в Великобритании основными проблемами здоровья детей являются:

- острые заболевания (например, анафилаксия, менингит)
- хронические заболевания (например, астма, рак)
- инвалидность
- травма (непреднамеренная и неслучайная)
- расстройства психического здоровья
- расстройства пищевого поведения и питания

Большинство детей живут в странах с низким и средним уровнем дохода и имеют разный жизненный опыт и здоровье.

**ZAMONAVIY BIRLAMCHI TIBBIY-SANITARIYA YORDAMINING
MOHIYATI VA VAZIFALARI**
Nazarova M.F., Urazaliyeva I.R.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami aholining sog‘liqni saqlash tizimi bilan birinchi munosabatga kirishuvchi joy hisoblanadi. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami nafaqat davolash, balki kasalliklarning oldini olish, bemorning tibbiy madaniyatini oshirishga ham urg‘u beradi. Shuningdek, birlamchi tibbiy-sanitariya yordami bemorga yo‘naltirilgan bo‘lib, tibbiy yordamning uzluksizligini ta‘minlaydi. Olma-ota deklaratsiyasida birlamchi tibbiy-sanitariya yordami har qanday mamlakat sog‘liqni saqlash tizimining asosiy vazifasi va diqqat markazida bo‘lib, “inson, oila va jamiyatning milliy sog‘liqni saqlash tizimi bilan aloqasining birinchi darajasi bo‘lib, sog‘liqni saqlash tizimini insonlar yashaydigan va ishlaydigan muhitga yaqinlashish imkonini beradi” deb ta‘kidlangan.

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami dasturi maqsadlarga muvaffaqiyatli erishish uchun quyidagi tarkibiy qismlarni o‘z ichiga olishi kerak:

- keng tarqalgan patologik holatlar va ularning oldini olish usullari haqida aholining xabardorlik darajasini oshirish;
- sog‘lom turmush tarzi va to‘g‘ri ratsional, sifatli ovqatlanishni targ‘ib qilish;
- suv xavfsizligini ta‘minlash va sanitariya sharoitlarini yaxshilash;
- onalik va bolalikni muhofaza qilish, shu jumladan oilani rejalashtirish;
- asosiy yuqumli kasalliklarga qarshi emlash;

- mahalliy endemik kasalliklarni nazorat qilish va ularni oldini olish;
- keng tarqalgan kasalliklar va shikastlanishlarni to'g'ri davolash;
- birlamchi zarur dori vositalari bilan ta'minlash.

Malakali birlamchi tibbiy-sanitariya yordami bemorlarning mutaxassislariga va yuqori texnologiyali diagnostika usullariga bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ko'plab tibbiy muammolarni hal qilishi mumkin. Shuningdek, malakali oilaviy shifokor kasalliklarning 90% dan ortig'ini tashxislashi va davolashi mumkin. Masalan, Gollandiyada birlamchi tibbiy yordam shifokorlari tibbiy yordam uchun murojaat qilganlarning 94 foizini o'zlari davolashadi. Agar birlamchi tibbiy-sanitariya yordami shifokori tibbiy muammoni hal qila olmasa, u bemorni shu muammoni hal etuvchi tor mutaxassisga yuborishi kerak.

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalarida ishlaydigan shifokorning malakali bo'lishi bemorlar uchun sarflanadigan xarajatlarni kamaytirishga va davolash samarasini oshishiga yordam beradi. AQSH da keksalar uchun bepul tibbiy yordam (tibbiy sug'urta) davlat dasturidan olingan ma'lumotlar tahlil qilinganda, birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari shifokorlarining foizi yuqori bo'lgan hududlarda sog'liqni saqlash tizimining iqtisodiy samaradorligi kuzatilganligini ko'rsatdi. Mamlakatda sog'liqni saqlash tizimida birlamchi tibbiy-sanitariya yordamini to'g'ri tashkil etilganligi davolanish xarajatlarini kamaytirishga, aholining sog'liqni saqlash xizmatidan foydalanishini oshishiga, tibbiy yordam sifatini oshirishga imkon beradi.

Qator ko'rsatkichlari, xususan, aholining kasallanish darajasi, umumiy va chaqaloqlar o'limi, o'rtacha umr ko'rish ko'rsatkichlari shifokorlar yoki tibbiyot mutaxassislarining umumiy soniga emas, balki aholi birinchi bo'lib murojaat qiladigan birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalari shifokorlar soniga bilan chambarchas bog'liq.

Shunday ekan, zamonaviy va samarali birlamchi tibbiy-sanitariya yordamini tashkil etayotganda quyidagilarga e'tibor qaratish lozim:

- Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalarini malakali, yetuk shifokorlar bilan ta'minlash;
- Sog'liqni saqlash tizimi zamonaviy birlamchi tibbiy-sanitariya yordamining maqsad va vazifalariga muvofiq ravishda o'zgarishlarga tayyor bo'lishi;
- Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami va sog'liqni saqlash tizimlarining samarali faoliyat yuritishini moliyaviy rag'batlantirish;
- Oilaviy shifokor maqomini yanada oshirish;
- Kompleks davolashning yangi modellarini yaratish va sinovdan o'tkazish;
- Bemorlarni bitta oilaviy shifokor xizmatidan foydalanishga ishontirish. Har bir bemor o'z shifokorining ismini bilishi kerak, har bir shifokor esa bemorlarining ismlarini bilishi kerak;
- Birlamchi tibbiy-sanitariya yordam sohasidagi eng yaxshi yutuqlar haqida ma'lumot tarqatish.

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari ish faoliyatini to'g'ri tashkil etish, muassasalarda faoliyat olib borayotgan shifokorlarning malakali bo'lishi ko'plab yechimi hali ham tahlil etilayotgan muammolarni hal etishga yordam beradi.

Shuningdek, aholining sifatli va samarali tibbiy yordamdan foydalanish hamda qator kasalliklarni o'z vaqtida bartaraf etish imkoniyatiga haqida ham unutmash kerak.

MAKTAB O'QUVCHILARINING KO'Z KASALLIKLARI XAVF OMILLARI BO'YICHA BILIMDONLIGINI O'RGANISH

Nuraliyeva N.B., Usmonova Y.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mavzuning dolzarbligi. Hozirgi kunda aholining kompyuter, telefonlardan me'yordan ortiq foydalanishi oqibatida turli xil ko'z bilan bog'liq kasalliklar yuzaga kelmoqda. Bularidan tashqari ko'zga infeksiya tushishi, mexanik, kimyoviy va fizik omillardan shikast yetishi ham ko'z kasalliklariga olib keladi. Ko'z kasalliklari nasldan-naslga o'tishi, ushbu kasalliklarda bartaraf qilish mumkin bo'lgan xavf omillarini oldini olish zaruratini ko'rsatadi.

Maqsad: Maktab o'quvchilarining ko'z kasalliklari xavf omillari bo'yicha bilimini aniqlash.

Usul va uslublar. Samarqand va Xorazm viloyatidagi 279 ta maktab o'quvchisi tanlandi. Tadqiqotda anketa-so'rovnoma, sotsiologik va statistik usullardan foydalanildi.

Natija. Maktab o'quvchilarining ko'z kasalliklari xavf omillari haqidagi bilim darajasini aniqlash maqsadida Samarqand (149 ta) va Xorazm viloyatida (130 ta) so'rovnoma o'tkazildi. So'rovnoma uchun 7-8-9-sinf o'quvchilari tanlab olindi.

Tibbiy ko'rik muayyan kasalliklar va ayrim ko'rish buzilishining oldini olish uchun zarurdir. Agar ko'zda shikoyat bo'lmasa har yili yoki 2 yilda bir marta oftalmolog ko'rigiga borish kerak. O'quvchilardan "Ko'zingiz yaxshi ko'rayotgan bo'lsa va shikoyatlaringiz bo'lmaganda ko'z shifokori ko'rigidan o'tish kerakmi?" deb so'ralganda Samarqand viloyatida $31,54 \pm 3,81$ % bunga zaruriyat yo'qligini, $35,57 \pm 3,92$ % doimiy tibbiy ko'riklar zarurligini va $32,89 \pm 3,85$ % i bilmayman deya javob bergan. Xorazm viloyatida esa bu ko'rsatkichlar mos ravishda $34,62 \pm 4,17$ % - $46,92 \pm 4,38$ % - $18,46 \pm 3,40$ % ni tashkil qilgan.

Nasliy moyillik uzoqni xira ko'rish kasalligi uchun asosiy omillardan biridir. Ma'lumki, mazkur kasallikka chalingan insonlar oilasida hastalikning yuzaga kelish xavfi mavjud. Biroq har doim ham kasallik ota-onadan farzandlarga o'tavermaydi. Organizmda shunga moyillik yuzaga kelsagina uchrashi mumkin. Bu holat inson umrining istalgan vaqtida yuz berishi mumkin. O'quvchilarga so'rovnomada "Ko'z kasalliklari nasldan-naslga o'tadimi?" degan savol berilganda quyidagicha javob olindi: Samarqand viloyatida ha $40,94 \pm 4,03$ % ni, yo'q $15,44 \pm 2,96$ % ni, $43,62 \pm 4,06$ % ni bilmayman, Xorazm viloyatida esa bu ko'rsatkichlar mos ravishda $40,00 \pm 4,30$ % - $21,54 \pm 3,61$ % - $38,46 \pm 4,27$ % tashkil etdi.

So'rovnoma davomida o'quvchilarga "Ko'z kasalliklari yuqumli deb o'ylaysizmi?" deb savol berilganda, Samarqand viloyatida $32,89 \pm 3,85$ % ha, $42,95 \pm 4,06$ % yo'q, $24,16 \pm 3,51$ % bilmayman degan javob tashkil qilgan bo'lsa, Xorazm viloyatida esa bu ko'rsatkich mos ravishda $14,62 \pm 3,10$ % - $56,92 \pm 4,34$ % - $28,46 \pm 3,96$ % ga teng bo'ldi. Ko'z kasalliklari orasida yuqumlilari ham bor. Bunga

misol qilib konyuktivit kasalligini olish mumkin. Konyuktivit — bu ko‘zlarni qoplab turuvchi yupqa pardaning yallig‘lanishidir.

Xulosa. Xulosa qilib aytganda, hozirgi vaqtda ko‘z kasalliklariga sabab bo‘layotgan asosiy omillardan biri telefon, kompyuterlardan me‘yordan ortiq foydalanishdir. STT, to‘g‘ri ovqatlanish, gigyena qoidalariga rioya qilish turli kasalliklarni oldini olishda va sog‘lom rivojlanishda muhimdir. Bulardan tashqari, kasalliklarni oldini olishda tibbiy ko‘rikdan o‘tish ham muhim rol o‘ynaydi.

KO'KRAK BEZI SARATONINING OLDINI Olishda TIBBIYOT TALABALARINING XABARDORLIGINI ANIQLASH

Nuraliyeva N. B., Masaidova R. O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mavzuning dolzarbligi. 2020 yilda 2,3 million nafar ayolga ko'krak bezi saratoni tashxisi qo'yilgan, dunyoda ushbu kasallikdan 685 ming o'lim qayd etilgan. O'rganilgan ma'lumotlarga ko'ra, ushbu turdagi saraton dunyodagi eng keng tarqalgan onkologik kasallikdir. Dunyoda ushbu tashxis qo'yilgan ayollarning sog'lom hayotining yo'qolgan yillari soni boshqa har qanday ayol saratoniga nisbatan bir xil ko'rsatkichdan oshadi.

Maqsad. Ko'krak bezi saratonining oldini olish bo'yicha tibbiyot talabalarining xabardorligini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Tibbiyot talabalarida maxsus tuzilgan anketa bo'yicha Ko'krak bezi saratonining oldini olish bo'yicha bilimlarni aniqlash va profilaktika choralari ko'rishga tayyorligini aniqlash uchun so'rovnoma o'tqazish. Sotsiologik va statistik usullar qo'llanildi.

Tadqiqot natijalari: Ko'krak bezi saratoni uchun xavf omillarini aks ettiruvchi 20 ta savoldan iborat maxsus so'rovnoma tuzildi. Anketa uch xil tilda (o'zbek, rus, ingliz) tuzilgan. Unda barcha kurs va fakultetlarning tibbiyot fakulteti talabarlari ishtirok etishdi. 68,42% respublikamizdan (12 ta viloyat va Qoraqalpog'iston Respublikasi) va xorijiy davlatlardan 31,57% (Pokiston, Falastin, Hindiston, Isroil), shuningdek, xorijiy oliygohlarda tahsil olayotgan Università degli Studi Internazionali di Roma - UNINT (Xalqaro Rim universiteti), TelAviv universiteti (Tel-Aviv universiteti, Isroil), KSMA (I.Q.Axunboyev nomidagi Qirg'iziston Davlat Tibbiyot Akademiyasi) talabarlari anketa so'rovnomasidan o'tgan.

Xorijiy mamlakatlarda katta yoshdagi ayollar o'rtasida ko'krak bezi saratonini erta aniqlash bo'yicha onlayn skrining testlari keng yo'lga qo'yilgan. Ushbu masala bo'yicha talabarlarning fikrini bilish uchun savol berilganda, ulardan $40,2 \pm 5,16\%$ skrining testlari haqida ijobiy javob berdi, respondentlarning $40,2 \pm 5,16\%$ bunday testlar haqida ma'lumotga ega emasligini qayd qilishgan, aksariyat hollarda ular boshlang'ich kurs talabarlari ekanligi, bu javobni tanlashganini izohlashi mumkin, bundan tashqari, $18,3 \pm 4,14\%$ talabalar javob berishga qiynalgan. Respondentlarning $85,05 \pm 3,82\%$ ushbu kasallikning xavf omillarini aniqlash uchun tibbiy ko'rikdan o'tish zarur, deb hisoblasa, $5,74 \pm 2,49\%$ davriy tekshiruvlar muhim emasligini va $8,04 \pm 2,91\%$ esa javob berishga qiynalganligini ko'rsatishdi. Afsuski, $78,16 \pm 4,42\%$ talabalar ko'krak bezi saratoniga olib keluvchi zararli omillar mavjud emasligini belgilashgan

va bu sohada bunga e'tibor qaratish lozimligini ko'rsatadi. Shuningdek, $20,68 \pm 4,34\%$ i ushbu kasallikning rivojlanishiga olib keladigan omillarni belgilab berishgani va $4,59 \pm 2,24\%$ i hollarda bu savolga javob berish qiyin bo'lganini qayd qilindi. Talabalarning deyarli yarmi $48,27\%$ ($R < 0,001$) hatto onkologik kasalliklar bo'yicha mutaxassis shifokorni ham bilmaydi, shu sababdan, endokrinolog, jarroh va ginekologni ko'rsatishgan. Talabalarning asosiy kontingenti $48,27 \pm 5,35\%$ yaxshi xulqli o'smalar xatarli o'smalarga aylanadi, deb hisoblaydi va $33,3 \pm 5,05\%$ hollarda respondentlar yaxshi va yomon xulqli o'smalar o'rtasida bog'liqlik topa olmadilar, shuningdek, $17,24\%$ muqobil javobni tanlashdi.

Xulosa: Shunday qilib, aksariyat talabalar ko'krak bezi saratonining oldini olish haqida va hatto davolovchi mutaxassisni ham bilishmadi. Shu bois, eng avvalo, ushbu kasallikning rivojlanishining oldini olish va talabalarning bu boradagi bilimni oshirish dolzarb masaladir.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ КОЖНЫХ И КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Туйчибоев С.Э., Насирдинов О.А., Нуралиева Н.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность темы. По заключению Всемирной организации здравоохранения, XXI век – век аллергических заболеваний. В настоящее время это наиболее распространенное неинфекционное заболевание на Земле, которое встречается у 35-40% населения мира. Тревожная ситуация заключается в том, что количество кожных и аллергических заболеваний в мире увеличилось в 2 раза в течение следующего десятилетия, и, что еще хуже, растет число новых видов, которые могут быть очень тяжелыми. В нашей республике 2-3 года назад видов аллергии, которые мы могли диагностировать, было 50-60, сейчас с помощью современных технологий мы можем выявить более 200 видов аллергии.

Цель. Изучение роли кожных и аллергических заболеваний в социуме и факторов социального риска.

Материалы и методы. Результаты анкетирования 89 пациентов с кожными заболеваниями. В исследовании использовались опрос-интервью, социологические и статистические методы.

Результаты. Мы провели социальный опрос с участием 89 пациентов, проходящих лечение в частной клинике кожных заболеваний M-Shifo в городе Ургенч. Из опрошенных пациентов 24,72% страдали псориазом, 16,85% - витилиго, 13,48% - акне, 34,83% - кожными аллергическими заболеваниями и 10,12% - другими кожными заболеваниями. Когда были проанализированы результаты опроса, было отмечено, что 38,6% пациентов были вынуждены временно приостановить трудовую деятельность из-за различных высыпаний в теле. 82,2% пациентов с диагнозом витилиго и псориаз заявили, что не могут чувствовать себя комфортно в обществе, воспринимая дискомфорт своего внешнего вида как дефект, вызванной кожной сыпью. Это состояние также

вызвано недостаточной информацией среди населения о том, что эти заболевания не заразны. Наследственный фактор в этиологии заболевания, с другой стороны, является причиной того, что в будущем у большинства молодых людей возникнут проблемы с браком. В результате аллергических заболеваний кожи и кожных покровов наблюдается зуд на коже в 89,8% случаев, различные высыпания, появление пятен, волдырей и раздражение. В настоящее время 1/3 часть населения страдает аллергическими заболеваниями, аналогичные результаты наблюдались и в наших научных исследованиях, которых 34,83% опрошенных пациентов имели кожные аллергические заболевания. Судя по изученным данным о происхождении аллергического заболевания вызваны нарушением иммунной системы, неправильным питанием, неправильной распорядкой дня, одним словом, несоблюдением здорового образа жизни. Наше исследование показало, что 72,2% всех наших пациентов с этими заболеваниями не соблюдали режим питания, в то время как 38,6% пациентов не соблюдали определенные правила диеты, несмотря на рекомендации врача. Случаи, возникшие при контакте с различными аллергенными факторами как причина аллергической сыпи на коже, наблюдались в 35,4% случаев и были более специфичными для профессиональных заболеваний.

Вывод. Было обнаружено, что среди кожных заболеваний чаще диагностируются псориаз и витилиго. Далее следовали пациенты с кожными аллергическими заболеваниями. Возникновение социальных проблем также объяснялось недостатком медицинской культуры среди населения. В профилактике этих заболеваний важно правильное питание, здоровый образ жизни и повышение медицинской культуры.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Оманова А.С., Сафаров И.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Рост заболеваемости сахарным диабетом среди населения приводит в первую очередь к увеличению заболеваемости системы кровообращения и почек, инвалидизации, а также преждевременной смерти среди людей.

Согласно полученным данным, сахарный диабет 2 типа, выявленный у 61% женщин, напрямую связан с ожирением. Даже среднее увеличение индекса массы тела у женщин, то есть на 23-25 кг/кв.м, вызывает увеличение заболеваемости сахарным диабетом в 3 раза. Замедление ожирения и его профилактика улучшают гликемический контроль в организме. К 21 веку избыточная масса тела и ожирение становятся все более распространенной традицией во всех развитых, среднеразвитых и даже с низким уровнем дохода государствах мира. Наличие избыточной массы тела с детства служит основой для ожирения в взрослой жизни.

В развитых европейских странах ожирение встречается на 15-25% чаще, чем в Азии. Среди подростков 25% имеют избыточную массу тела и 15% страдают ожирением. Ожирение в первую очередь вызывает риск инвалидизации у молодых людей и сокращает среднюю продолжительность жизни при возникновении социально значимых заболеваний. Ожирение заставляет людей терять представление о качестве своей жизни. Ожирение ограничивает не только возникновение заболеваний, но и подвижность человека и создает ряд психических и эмоциональных проблем.

По полученным данным, многие опытные ученые отмечают, что одной из основных мер по снижению всех видов сахарного диабета среди населения является развитие и совершенствование профилактических работ в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Отмечается, что с помощью проводимых диспансерных мероприятий важно не только выявить заболевание в период преддиабетического состояния, но и повысить ответственность людей за свое личное здоровье. Важно отметить, что одной из наиболее эффективных мер профилактики заболевания – своевременной регистрации и лечения заболевания - считается осуществление профилактических мероприятий. Только тогда профилактика будет проведена должным образом и пациенты в полном объеме проинформированы о распространении заболевания, что, в свою очередь, обеспечит основу для эффективного осуществления необходимых мер, направленных на снижение заболеваемости.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОЦЕНКАХ ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ

Маймур А.В., Сачек М.М., Рожко Ю.И., Бружас Т.И.

*Учреждение здравоохранения «34-я центральная районная клиническая
поликлиника Советского района г. Минска»*

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения Учреждения образования «Белорусский государственный
медицинский университет»*

*Государственное лечебно-оздоровительное учреждение «Санаторий «Сосны»
Управления делами Президента Республики Беларусь*

*Государственное учреждение «Республиканский санаторий «БЕРЕЗИНА» для
ветеранов войны, труда и инвалидов»*

Политика государства в области здравоохранения нацелена на усиление охраны здоровья населения, повышения доступности и качества медицинской помощи для всех граждан независимо от места проживания. [1, 2] Одна из ключевых задач – обеспечение всеобщего охвата услугами первичной медицинской помощи. Эффективная первичная медицинская помощь (ПМП) является краеугольным камнем устойчивого развития и ключом к построению здравоохранения будущего. От этого вида помощи во многом зависят конечные результаты функционирования отрасли в целом поскольку именно он обеспечивает всеобщий охват услугами здравоохранения. Специалисты

первичного звена – это «первое контактное лицо» здравоохранения для населения, они проводят профилактику, раннюю диагностику и работают с наиболее распространенными заболеваниями, что в подавляющем большинстве определяет уровень удовлетворенности населения состоянием системы в целом. [3-5]

Цель исследования: изучить мнение пациентов о доступности и качестве первичной медицинской помощи.

Методы. Проведено анкетирование 367 пациентов среди которых 85,6% - жители городских поселений. Среди обследованных преобладали лица трудоспособного возраста (67,5%). Женщины составили 67,2%. Анкета включала 24 вопроса, с балльной оценкой (1 – минимальный и 5 – максимальный балл) доступности и качества медицинской помощи. Было предложено оценить врачей общей практики, врачей-специалистов (оториноларинголога, офтальмолога, невролога), лабораторные и инструментальные обследования. Достоверность различий оценивали методом однофакторного дисперсионного анализа (при $p < 0,05$ средние оценки имели достоверные различия).

Результаты. Состояние своего здоровья 48,4% респондентов оценили, как отличное и хорошее, 46,2% как удовлетворительное, затруднились с ответом – 3,5%.

При этом наличие хронических заболеваний отметили 51,9% анкетированных, а 9,9% не знают имеются ли у них хронические заболевания.

Большинство респондентов связывают состояние здоровья с образом жизни (78,3%), с наследственностью (66,9%), с состоянием окружающей среды (61,8%) и каждый третий (31,5%) с деятельностью системы здравоохранения.

В государственную поликлинику по месту жительства в течение года обращались 77,1% а услугами частного медицинского центра воспользовались 58,9%. Большинство опрошенных за медицинской помощью в течение года обращались неоднократно. Основные причины обращения - болезнь, травма – 42,4%; медицинский осмотр, водительская комиссия – 42,4%; диспансерное наблюдение – 23,4%.

В качестве своего лечащего врача на участке лишь каждый третий (30,9%) назвал врача общей практики, а каждый пятый (20,1%) затруднился с ответом. Подавляющее большинство респондентов (79,6%) получали медицинские услуги на платной основе.

Среди медицинских услуг, которые получали на платной основе, анкетированные указывали стоматологические услуги (53,8%), диагностические (88,2 %) и лабораторные исследования (75,2 %), консультации врачей специалистов (33%) (офтальмолога, невролога, оториноларинголога). Большинство респондентов (69,7%) указали, что выбрали услугу на платной основе из-за того, что она может быть оказана быстрее, чем бесплатная, в тоже время 44,3% отметили более высокое качество платной услуги. Каждый третий (33,4%) констатировали отсутствие услуги на бесплатной основе и каждого десятый (11,5%) воспользовался платной услугой по назначению врача. Лишь

4,8% анкетированных указали, что испытывают недоверие к результатам медицинских услуг, оказываемых на бесплатной основе.

Равноценность качества платных и бесплатных медицинских услуг, оказываемых в государственных организациях здравоохранения, отметили 59,5% респондентов; каждый четвертый (24,8%) отметил низкое качество платных услуг в государственных организациях здравоохранения и 15,8% указали на более высокое качество платных услуг в государственных организациях здравоохранения.

Более высокое качество платных медицинских услуг, оказываемых в частных организациях здравоохранения, отметили 59,9%; равноценное качество платных медицинских услуг, оказываемых в частных организациях здравоохранения, бесплатным медицинским услугам – 36,2%; низкое качество платных медицинских услуг, оказываемых в частных организациях здравоохранения отметили лишь 3,9% опрошенных.

Положительное отношение к проводимой диспансеризации отметили лишь 35,4% опрошенных, а 19,4% считают ее бесполезной и ненужной и каждый четвертый (26,4%) затруднился с ответом 26,4%.

Не отмечают влияния изменений в организации работы поликлиники на доступность медицинской помощи 35% респондентов, а затруднились с ответом – 35,7%.

41,1% считают, что изменения в организации работы по оказанию медицинской помощи за последние 3 года привели к улучшению качества медицинской помощи, а 34,1% не отмечают изменений.

Доступность врачей-специалистов в среднем была оценена на $3,34 \pm 1,26$ балла (от $3,16 \pm 1,28$ врача-офтальмолога, $3,23 \pm 1,24$ врача-оториноларинголога, $3,34 \pm 1,16$ врача-невролога). Доступность врача общей практики была выше ($3,73 \pm 0,99$, $p < 0,05$).

Доступность диагностических исследований в среднем была оценена на $3,94 \pm 1,05$ (от $3,51 \pm 1,19$ УЗИ, $4,02 \pm 0,99$ рентгеновских исследований, $4,09 \pm 0,98$ лабораторных исследований, до $4,13 \pm 0,91$ ЭКГ).

Качество медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами, было оценено выше, чем доступность и составило $3,54 \pm 1,14$ балла (врача-невролога $3,62 \pm 1,06$ балла, врача-оториноларинголога $3,48 \pm 1,16$ балла, врача-офтальмолога $3,52 \pm 1,18$ балла). Качество медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики, было оценено на $3,9 \pm 0,94$ балла ($p < 0,05$).

Выводы. Установлена более низкая удовлетворенность респондентов доступностью и качеством оказания первичной медицинской помощи врачами-специалистами (неврологом, офтальмологом, оториноларингологом) в сравнении с врачами общей практики.

Население часто пользуется платными медицинскими, как государственных, так и частных центров, среди которых консультации врачей специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, что следует учитывать при планировании объемов медицинской помощи. В настоящее время следует активно развивать государственно-частное партнерство, что повысит

доступность и качество оказания медицинской помощи и позволит более рационально использовать ресурсы государственной системы здравоохранения.

Систематический анализ доступности и качества оказания медицинской помощи с бальной оценкой является инструментом, направленным на повышение уровня пациенториентированности организации здравоохранения и позволяет принимать эффективные управленческие решения.

Литература

1. О Государственной программе "Здоровье народа и демографическая безопасность" на 2021-2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 19.01.2021, № 28 // "Нормативка.by". – Режим доступа: <https://normativka.by/lib/document/500299430/sid/8f11aae381274ce58a919c5b3f2c9404>.

2. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Республики Беларусь, 18.06.1993, № 2435-XII // ИПС "Нормативка.by". – Режим доступа: <https://normativka.by/lib/document/500073464/sid/79ac117c285d4bc9b07088be7f4b8a0b>.

3. Аксенова, Е. И. Анализ современных тенденций формирования амбулаторно-поликлинических учреждений в качестве цифровых диагностических центров: экспертный обзор [Электронный ресурс] / Е. И. Аксенова, С. Ю. Горбатов. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – URL: <https://niiroz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/> – Загл. с экрана. – 26 с.

5. Тимофеева, А. С. Организация командной работы в первичном звене: зарубежный опыт [Электронный ресурс]: экспертный обзор / А. С. Тимофеева, Ю. В. Бурковская. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niiroz.ru/moskovskayameditsina/izdaniya-nii/obzory/>. – Загл. с экрана. – 47 с.

6. Руголь Л.В., Сон И.М., Кириллов В.И., Гусева С.Л. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения. Профилактическая медицина. 2020;23(2):26-34.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НИЗ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Сачек М.М., Щавелева М.В.

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Неинфекционные заболевания (НИЗ), представляют глобальную проблему общественного здравоохранения и являются наиболее распространенной причиной смертности и длительной инвалидности. Многие из этих смертей преждевременны. Наиболее частой причиной преждевременной смертности в Европейском регионе ВОЗ являются четыре основные группы НИЗ – сердечно-

сосудистые заболевания (ССЗ), онкологические заболевания, хронические заболевания органов дыхания и сахарный диабет. [4 - 6]. Развитию этих заболеваний способствуют одинаковые факторы риска, что способствует проведению комплексной профилактики. Для разработки научно-обоснованных политик необходимы сведения о распространенности и распределении факторов риска НИЗ среди населения страны. Эффективным инструментом является технология STEPS - исследований, определяющая факторы риска НИЗ. [1, 4, 5]

Цель исследования – провести сравнение распространенности поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь и Республике Узбекистан с учетом возраста.

Материалы и методы. Материалом для данной работы послужили данные, полученные в ходе STEPS-исследования [2, 3], которые отражают поведенческие ФР НИЗ, а именно – употребление табака и алкоголя, нездоровое питание (низкий уровень потребления фруктов и овощей (< 5 стандартных порций в сутки), высокое содержание в рационе питания соли), недостаточная физическая активность (< 150 минут среднеинтенсивной нагрузки в неделю).

Методы исследования – статистический и сравнительный анализ. Проверка на статистическую значимость различий выполнялась с использованием критерия хи-квадрат ($p < 0,05$, доверительный интервал (ДИ) – 95%).

Результаты исследования. Данные о распространенности поведенческих ФР НИЗ в зависимости от возраста в каждом из государств представлены в таблицах 1 и 2.

Выполненные STEPS-исследования наглядно демонстрируют широкое распространение поведенческих ФР НИЗ и наличие страновых и возрастных особенностей как в Республике Беларусь, так и в Республике Узбекистан.

В первую очередь, эти различия касаются такого ФР НИЗ как курение, распространенность которого в Беларуси значимо выше. В Республике Беларусь более одной трети начинают курить в возрасте от 18 до 29 лет (35,4%) и в последующих возрастных группах идет увеличение доли курящих с максимальным удельным весом в возрастной группе от 45-59 лет (48,7%).

Противоположная ситуация отмечена среди женщин: наибольшая доля курящих женщин отмечена в возрастной группе от 18 - 29 лет (14,5%), в то время как с возрастом доля курящих имеет тенденцию к снижению. В Республике Узбекистан максимальное потребление табака установлено в возрасте 30-44 лет (47,3%) и не имело достоверных различий с белорусскими мужчинами. Женщины Узбекистана практически не курят на протяжении всей жизни, однако, являются пассивными курильщиками в домашних условиях во всех возрастных группах. Таким образом, уже в молодом возрасте как, женщины, так и мужчины в сравниваемых странах подвергаются воздействию табачного дыма и доля лиц, имеющих этот фактор риска, достоверно уменьшается только в возрасте 60-69 лет.

*VI республиканская научно-практическая конференция
«Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения»*

Таблица 1.

Распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний у мужчин и женщин в различных возрастных группах по результатам национальных STEPS-исследований в Республике Беларусь (2020), доля в % (95% ДИ), [2].

Фактор риска	Пол	18-29 лет, % (ДИ 95%)	30-44 лет, % (ДИ 95%)	45-59 лет, % (ДИ 95%)	60-69 лет, % (ДИ 95%)
Потребители табака в настоящее время	муж	35,4 (27,3–43,5)	45,4 (39,6–51,2)	48,7 (44,1–53,4)	37,4 (30,7–44,1)
	жен	14,5 (9,8–19,1)	12,0 (9,2–14,7)	12,1 (9,2–14,9)	3,6 (1,6–5,5)
	оба пола	26,1 (20,6–31,7)	29,4 (25,9–32,9)	28,5 (25,7–31,3)	18,8 (15,4–22,1)
Доля пассивных курильщиков в домашних условиях за последние 30 дней	муж	20,91 (2,7–29,2)	17,7 (13,4–22,1)	19,7 (15,8–23,6)	18,1 (12,6–23,6)
	жен	16,7 (12,1–21,2)	19,9 (15,6–24,1)	21,8 (17,3–26,3)	13,6 (8,8–18,4)
	оба пола	19 (13,7–24,4)	18,8 (15,6–21,9)	20,8 (17,7–24,0)	15,6 (12,0–19,2)
Доля населения, не пьющая на протяжении всей жизни	муж	7,4 (3,1–11,7)	5,7 (2,5–8,9)	4,2 (2,0–6,3)	4,6 (1,8–7,4)
	жен	7,8 (3,8–11,8)	6,7 (3,6–9,8)	5,3 (3,5–7,2)	8,7 (5,7–11,8)
	оба пола	7,5 (4,6–10,5)	6,2 (3,9–8,4)	4,8 (3,5–6,2)	6,9 (4,7–9,0)
Доля населения, употребляющая алкоголь в настоящее время	муж	62,1 (54,7–69,5)	64,2 (58,5–69,9)	69,7 (64,2–75,2)	50,3 (43,1–57,4)
	жен	45,2 (37,6–52,8)	49,8 (44,0–55,5)	49,9 (44,5–55,2)	30,5 (26,1–34,8)
	Оба пола	54,6 (48,5–60,7)	57,3 (53,3–61,2)	58,7 (54,6–62,9)	39,4 (34,9–43,8)
Доля населения, у которого был случай употребления большого количества алкоголя	муж	25 (18,1–33,0)	23,2 (27,3–38,3)	28,9 (32,4–43,3)	16,1 (17,8–29,1)
	жен	8,7 (1,8–8,9)	9,9 (2,2–5,3)	13,2 (3,1–6,2)	4,8 (1,1–4,1)
	Оба пола	12,2 (12,1–21,1)	16,8 (15,7–22,1)	20,2 (16,7–22,4)	9,9 (9,2–14,8)
Доля тех, кто употребляет менее 5 смешанных порций фруктов и/или овощей в день	муж	83,7 (77,9–89,4)	83,3 (79,1–87,6)	84,2 (80,0–88,4)	84,1 (79,3–89,0)
	жен	70,2 (62,7–77,7)	71,1 (65,8–76,4)	76,2 (72,3–80,0)	73,4 (68,1–78,8)
	Оба пола	77,7 (72,3–83,1)	77,5 (73,6–81,3)	79,8 (76,5–83,0)	78,2 (74,1–82,4)
Доля лиц, которые всегда или часто добавляют соль или соленый соус к своей пище перед едой или во время еды	муж	27,0 (19,7–34,4)	27,5 (21,6–33,3)	25,4 (21,0–29,7)	24,9 (18,7–31,0)
	жен	19,8 (13,7–25,8)	21,5 (16,4–26,6)	18,6 (15,3–22,0)	14,3 (9,7–18,9)
	Оба пола	23,8 (18,2–29,4)	24,6 (20,2–29,0)	21,6 (18,6–24,7)	19,0 (15,3–22,8)
Доля населения с недостаточной физической активностью	муж	7 (3,0–11,1)	10 (6,9–13,2)	14,7 (10,1–19,4)	18,4 (12,7–24,2)
	жен	6 (2,8–9,2)	12,1 (8,4–15,8)	13,1 (9,8–16,5)	18,8 (13,9–23,7)
	Оба пола	6,6 (3,8–9,3)	11 (8,2–13,8)	13,8 (10,7–17,0)	18,6 (14,7–22,6)

*VI республиканская научно-практическая конференция
«Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения»*

Таблица 2.

Распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний у мужчин и женщин в различных возрастных группах по результатам национальных STEPS-исследований в Республике Узбекистан (2019), доля в % (95% ДИ), [3].

Фактор риска	Пол	18-29 лет, % (ДИ 95%)	30-44 лет, % (ДИ 95%)	45-59 лет, % (ДИ 95%)	60-69 лет, % (ДИ 95%)
Потребители табака в настоящее время	муж	14,3 (7,9-20,7)	47,3 (40,4-54,2)	44,9 (40,4-49,4)	32,9 (28,0-37,8)
	жен	0,3 (0,0-0,8)	0,7 (0,1-1,3)	1,7 (0,5-2,8)	0,8 (0,4-1,3)
	оба пола	7,3 (4,0-10,7)	23,3 (19,5-27,1)	21,9 (19,4-24,5)	16,5 (14,0-19,0)
Доля пассивных курильщиков в домашних условиях за последние 30 дней	муж	40,7 (29,9-51,5)	46,5 (39,8-53,2)	48,6 (42,5-54,7)	44,7 (38,5-50,9)
	жен	45,7 (37,3-54,2)	51,2 (46,0-56,4)	54,0 (49,5-58,6)	49,9 (45,2-54,7)
	оба пола	43,2 (34,6-51,8)	48,9 (44,1-53,7)	51,5 (47,2-55,8)	47,4 (42,6-52,1)
Доля населения, не пьющая на протяжении всей жизни	муж	85,0 (78,7–91,3)	60,6 (53,6–67,6)	54,7 (49,1– 60,2)	
	жен	97,9 (96,5–99,3)	92,5 (89,7–95,2)	94,4 (92,6–96,1)	
	оба пола	91,4 (88,1–94,7)	77,0 (72,9–81,2)	75,8 (72,6–78,9)	
Доля населения, употребляющая алкоголь в настоящее время	муж	4,4 (1,0–7,7)	10,1 (6,4–13,8)	13,6 (9,6–17,5)	
	жен	0,5 (0,0–1,3)	1,2 (0,2–2,3)	0,8 (0,3–1,3)	
	оба пола	2,5 (0,8–4,1)	5,5 (3,5–7,6)	6,8 (4,8–8,7)	
Доля населения, у которого был случай употребления большого количества алкоголя	муж	0,0 (0,0–0,0)	1,6 (0,2–3,0)	2,0 (0,6–3,3)	
	жен	0,0 (0,0–0,0)	0,0 (0,0–0,0)	0,1 (0,0–0,2)	
	оба пола	0,0 (0,0–0,0)	0,8 (0,1–1,4)	1,0 (0,3–1,6)	
Доля тех, кто употребляет менее 5 смешанных порций фруктов и/или овощей в день	муж	14,1 (7,8–20,3)	13,1 (9,1–17,2)	17,4 (13,5–21,4)	
	жен	19,1 (13,2–25,0)	16,1 (13,0–19,2)	16,0 (13,0–19,0)	
	оба пола	16,6 (11,6–21,5)	14,7 (12,1–17,2)	16,7 (13,9–19,5)	
Доля лиц, которые всегда или часто добавляют соль или соленый соус к своей пище перед едой или во время еды	муж	32,1 (22,3–41,9)	35,0 (29,1–40,9)	37,1 (30,9–43,3)	
	жен	36,0 (28,1–43,9)	38,9 (34,9–42,8)	41,8 (37,6–46,0)	
	оба пола	34,0 (27,2–40,9)	37,0 (33,0–40,9)	39,6 (35,2–44,1)	
Доля населения с недостаточной физической активностью	муж	14,3 (6,7–21,8)	19,7 (14,2–25,2)	30,0 (25,3–34,6)	
	жен	29,0 (21,5–36,5)	28,4 (23,4–33,4)	36,8 (32,6–40,9)	
	оба пола	21,8 (15,9–27,7)	24,3 (20,1–28,4)	33,6 (30,1–37,2)	

В Республике Узбекистан значимо большая доля населения не употребляет алкогольные напитки на протяжении всей жизни. В Республике Узбекистан во всех возрастных группах значимо меньшая доля населения (в десятки раз меньшая) «употребляет алкоголь в настоящее время» и употребляет большое количество алкоголя. Исследование продемонстрировало, что в Республике Беларусь 62,1% мужчин и 45,2% женщин в возрасте 18-29 лет употребляют алкоголь в настоящее время и этот процент практически не изменяется в возрастных группах от 30-44 лет и 45-59 лет (период активного трудоспособного и репродуктивного возраста). Одна четвертая часть мужчин (25%) и 8,7% женщин молодого возраста имели случай употребления большого количества алкоголя.

Столь значимые различия в табакокурении и употреблении алкоголя связаны с многовековыми, в том числе конфессиональными, традициями населения наших стран. STEPS-исследования выявили достоверно большую частоту употребления алкоголя среди жителей Беларуси и более высокую долю населения, у которых был случай употребления большого количества алкоголя (6 и более стандартных порций на 1 случай за последние 30 дней) уже в молодом возрасте и отсутствие достоверных различий в возрастных группах. Аналогичная ситуация установлена и среди женщин, где распространенность этого фактора риска различалась более чем в 20 раз. Следует констатировать, что в Республике Беларусь сложился тяжелый паттерн потребления алкоголя.

Доля тех, кто употребляет менее 5 смешанных порций фруктов и / или овощей в день достоверно выше у населения Республики Беларусь и отмечается во всех возрастных группах и достоверно выше у мужчин. В Республике Узбекистан достоверно выше доля населения, которое всегда или часто добавляют соль или соленные соус к своей пище перед едой или во время еды и не имеет различий как гендерных, так и возрастных.

Удельный вес населения с недостаточной физической активностью достоверно выше во всех возрастных группах для жителей Узбекистана. Для обоих стран с возрастом характерно снижение физической активности населения как у мужчин, так и у женщин.

Заключение. Сопоставление данных STEPS-исследований, выполненных в двух бывших союзных республиках в 2019-2020 годах, выявило повсеместную распространенность поведенческих ФР НИЗ. Установлены достоверные различия в доминирующих факторах риска: для белорусов – более высокое распространение табакокурения и потребления алкоголя, а для жителей Узбекистана - в первую очередь потребление соли, низкая физическая активность. По ряду поведенческих факторов имеются возрастные различия и с возрастом отмечается увеличение доли населения с наличием факторов риска. Полученные результаты следует учитывать при разработке таргетированных стратегий по профилактике факторов риска НИЗ с учетом возраста и пола.

Как показали STEPS-исследования, на распространение факторов риска не влияет модель социально-экономического развития государства, а также тип системы здравоохранения, функционирующий в государстве.

Литература:

1. Бонита, Р. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний. Принцип поэтапной реализации, предложенный ВОЗ. Краткий обзор / Бонита Р, де Куэртен М, Дуайер Т., Ямрожик К., Винкельман Р. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70475/WHO_NMH_CCS_01.01_rus.pdf;jsessionid=6E8AA8396E570712B3754B430924945B?sequence=3.
2. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. (2022). STEPS: Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь, 2020 г. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/358798>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
3. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. (2022). STEPS: Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан, 2019 г. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6795-46561-67569>
4. Глобальные факторы риска для здоровья. Смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска. - Женева : ВОЗ, 2015. - 62 с.
5. Эпидемиологический надзор за факторами риска неинфекционных заболеваний в Европейском регионе ВОЗ. Обзор исследования STEPS в 2013–2019 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2023. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373993/WHO-EURO-2023-4561-44324-62622-rus.pdf>
6. Reducing noncommunicable diseases: a signature roadmap for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Режим доступа: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6620-46386-67147>

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Кодиров К., Рустамова Х.Е., Нурмаматова К.Ч.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В последние годы с увеличивающейся безнадзорностью детей, урбанизацией жизни, учащением транспортных и огнестрельных травм переломы нижней челюсти часто сочетаются с тяжелыми травмами челюстно-лицевой области. Переломы нижней челюсти более чем у половины детей сопровождаются черепно-мозговой травмой разной степени выраженности.

Чаще всего при переломах нижней челюсти черепно-мозговая травма остается не диагностированной, а ее последствия проявляются в пубертатном возрасте, и причина их остается неустановленной.

Лечение детей с травматическими повреждениями тканей челюстно-лицевой области является сложной и актуальной проблемой общей травматологии детского возраста. По частоте встречаемости данный вид травмы занимает второе место после воспалительных заболеваний и составляет до 25% среди всех экстренных больных, нуждающихся в стационарном лечении. По данным этих же авторов, среди повреждений костей лицевого скелета до 90% составляют переломы челюстей, из них 95% приходится на переломы нижней челюсти.

Мягкие ткани лица у детей особенно богаты жировой клетчаткой, кровеносными и лимфатическими сосудами, поэтому переломы челюсти сопровождаются выраженным отеком и гематомами. В связи с этим распознавать переломы проще в первые часы после травмы, пока еще не развился значительный отек тканей.

Важную роль как в оценке тяжести патологического процесса, так и в плане прогноза играет диагностика. Поскольку раневой процесс является дефектом «минус-ткань», целесообразно использовать бесконтактные объективные методы оценки, т.е. целесообразно применять неинвазивные методы мониторинга раневого процесса, к которым относятся импедансометрия и термография. Результаты могут трактоваться в пользу наличия или отсутствия раневых осложнений, а также обеспечивать понимание клеточных процессов регенерации и, следовательно, эффективный уход за пациентами. В свою очередь компьютерная термография эффективна для прогнозирования течения послеоперационного периода и своевременной диагностики раневых осложнений.

Нами был использован метод термографии. Исследование температурных показателей кожи в области поражения проводили до наложения с помощью инфракрасного термометра. Измерение проводили 2 раза в день, затем вычисляли среднее арифметическое значение всех измерений. Эффективность репаративных процессов оценивали по изменению площади раневой поверхности.

ЗДОРОВЬЕ МЕДСЕСТЕР КАК МОТИВАЦИЯ НАСЕЛЕНИЮ В ФОРМИРОВАНИИ ЗОЖ

Нуралиева Н.Б., Рустамова Х.Е., Мирзарахимова К.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Ташкентский государственный стоматологический институт

В Республике Узбекистан в последние годы уделяется большое внимание профилактике неинфекционных заболеваний, среди которых особое место занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Профилактическая работа среди населения по вопросам формирования здорового образа жизни (ЗОЖ),

борьбе с факторами риска, которые могут способствовать развитию ССЗ, привести к ухудшению здоровья пациента в основном возложена на медицинских сестер первичного звена здравоохранения. Следовательно, данный контингент сам должен быть практически здоровым и вести здоровый образ жизни и быть информированным в вопросах факторов риска ССЗ, их профилактики, формирования ЗОЖ. Сведения о показателях здоровья медсестер позволяет на личном примере дать мотивацию населению в формировании ЗОЖ и определить наиболее востребованные профилактические технологии, сформировать необходимый объем превентивной помощи среди населения.

Для определения информированности патронажных медсестер по вопросам основных факторов риска ССЗ был проведен опрос последних (300). Необходимо отметить, что среди самих респонденток 1/3 отмечали у себя периодические повышения АД выше нормы, однако всего лишь половина регулярно принимали антигипертензивные препараты, треть из них старались придерживаться диеты и контролировать свой вес.

Большинство медсестер осведомлены в вопросах нормальных уровней АД (77,0%). Полнота знаний в этих показателях является важной характеристикой для патронажных медсестер и дает информацию о их профессиональной компетентности. Однако, 1/3 опрошенных не имеют полного представления в вопросах о целевых показателях основных ФР ССЗ, практических навыков расчета и оценки уровней АД, ИМТ. Учитывая, что уровень знаний по вышеперечисленным вопросам напрямую связаны с профилактической направленностью профессиональной деятельности медсестер, напрашивается вывод о необходимости постоянного повышения уровня знаний контингента, который будет привлекаться к патронажу населения.

Среди опрошенных патронажных медсестер 80,0% отметили о необходимости соблюдения рационального питания. Однако не все смогли дать правильные ответы о рекомендуемых дозах овощей и фруктов (55,0%), 42,2% не смогли правильно назвать рекомендуемое ВОЗ количество потребления соли при АГ. Необходимо отметить, что на многие ключевые моменты в вопросах здорового питания медсестры не смогли дать полный ответ, и сказали, что часто при консультировании пациентов по вопросам питания чувствуют неуверенность, и нуждаются в дополнительных знаниях (52,2%).

Проведенный опрос позволил определить наиболее востребованные темы по профилактике НИЗ, в частности ССЗ. Наиболее интересующейся темой патронажных медсестер были вопросы питания, многие хотели бы получить информацию о здоровом питании (54,8%), функциональном питании (39,6%), а также о современных подходах к лечебному питанию.

Не менее востребованными были темы по методам и подходам к снижению массы тела, привлечении пациентов к двигательной активности, занятии спортом, ежедневным прогулкам, как можно научить пациентов самостоятельно управлять стрессом и устранять психоэмоциональный дискомфорт, по методам отказа от курения, по методам нормализации АД.

Большая часть медсестер теоретически могут ответить на многие вопросы по факторам риска ССЗ, профилактике данных заболеваний, формированию ЗОЖ, однако считают, что не владеют в достаточной мере практическими навыками по проведению среди населения мероприятий по формированию ЗОЖ, снижении воздействия на здоровье пациента имеющихся факторов риска ССЗ. Отрадно отметить, что основная часть патронажных медсестер готовы повышать свои знания по вышеуказанным темам, так как повышение информированности в коррекции ФР, по их мнению, позволит в первую очередь изменить и свои привычки в сторону оздоровления и стать примером для своих пациентов, а также приобрести уверенность для индивидуального и группового консультирования пациентов.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Рустамова Х.Е., Турсункулова М.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно около 15 миллионов детей рождаются недоношенными (до 37 полных недель беременности) и это число растет [1].

Проблема недоношенности носит четко выраженный медико-социальный характер: на сегодняшний день вклад недоношенных новорожденных в неонатальную смертность составляет 70%, в заболеваемость – 75% [5].

Принимаются обширные меры по повышению качества медицинских услуг, оказываемых населению страны, особенно по ранней диагностике и снижению осложнений заболеваний репродуктивного возраста. В связи с этим комплекс мер по кардинальному совершенствованию системы здравоохранения включает «...реализация мер по укреплению здоровья семьи, защиту материнства и детства, расширению доступа к качественной медицинской помощи для матери и ребенка, оказанию им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, снижению детской смертности». Одним из приоритетных задач в области охраны материнства и детства в республике это поднять качество медицинских услуг на новый уровень, особенно в ранней диагностике риска рождения недоношенных детей, разработке новых подходов к пролонгированию беременности [2].

В последние годы в пределах Республики Узбекистан проводятся ряд исследований, посвященные изучению причин преждевременных родов [3,4]. Выявленные факторы, приводящие к невынашиванию беременности, можно предварительно объединить в следующие группы. Социальные (уровень образования, питание, работа, связанная с вредными факторами и др.), медико-биологические (возраст беременной, наличие преждевременных родов в анамнезе женщины, отягощенный акушерский анамнез, стрессы, наличие вредных факторов и др.), наличие экстрагенитальной патологии, осложнения текущей беременности.

Целью нашего исследования явилось определение наиболее значимых факторов риска невынашивания беременности среди беременных, проживающих в отдаленных регионах страны. Нами был проведен ретроспективный анализ истории родов 236 детей, родившихся в Перинатальном центре г. Карши, а также госпитализированных из родильных комплексов близлежащих территорий на II этап выхаживания в отделение выхаживания маловесных детей и отделение патологии новорожденных г. Карши.

Обследованные дети были разделены на 2 группы:

1 группа контрольная состояла из 146 доношенных детей

2 группа - основная состояла из 90 недоношенных детей с разными степенями недоношенности.

С I степенью недоношенности в сроки гестации 35-37 недель с весом примерно 2001-2500 г родилось - 44 (48,9%); со II степенью в сроки гестации 32-34 недель с весом примерно 1501-2000 г – 28 (31,1%), с III степенью в сроки гестации 29-31 недель вес примерно 1001-1500 г – 14 (14,4%) и с IV степенью в сроки гестации менее 29 недель вес менее 1000 г. – 5 (5,6%).

В ходе исследования на каждую женщину, родившего недоношенного ребенка, заполнялась карта, в которой отмечались особенности биологического и социального анамнеза, комплексная оценка состояния здоровья матери во время данной беременности.

При изучении паритета беременности и родов было отмечено, что преобладали первородящие старше 30 лет с сочетанной соматической и гинекологической патологией, а также были женщины, имеющие более 4 беременностей и небольшие интервалы между беременностями, что приводит к истощению резервных возможностей репродуктивной системы женщин, и, по-видимому, является причиной рождения недоношенных детей. Немаловажную роль в рождении детей играет исход предыдущей беременности, особенно самопроизвольные выкидыши. Проведенный анализ позволил сделать вывод, что заболевания во время беременности, особенно инфекционного характера,отягощают ее течение и создают риск внутриутробного инфицирования плода и преждевременных родов. Почти каждая третья беременная, родившая недоношенного ребенка, перенесла инфекционное заболевание, и более половины из них во втором триместре, что привело к ухудшению состояния матери с последующими преждевременными родами.

Отрицательное воздействие на состояние матери и плода оказывают также обострения хронических соматических заболеваний матери во время беременности, что подтверждаются результатами и нашего исследования. Так среди женщин родивших недоношенных детей хронический пиелонефрит, хронические болезни верхних дыхательных путей, гипертоническая болезнь, хронические болезни ЖКТ регистрировались соответственно в 2,6; 3,0; 3,2; 4,5 раза чаще, чем среди женщин, родивших доношенных детей. К высоким относительным рискам рождения недоношенного ребенка можно отнести и многоводие – ОР-3,2, угроза выкидыша – ОР-2,3. У троих беременных были проведены операции на органах брюшной полости во втором и третьем

триместрах беременности, что спровоцировали спонтанные преждевременные роды.

Таким образом, проведенный далеко неполный анализ случаев невынашивания беременности и рождения недоношенных детей позволил определить наиболее значимые факторы риска. Необходимо отметить, что в большинстве случаев точно установить механизм, приводящий к преждевременным родам, не удастся. Принято считать, что только взаимодействие множественных факторов риска способно вызвать выход матки из состояния покоя и начало родовой деятельности. Знание последних позволит семейным врачам вести беременных с учетом факторов, способствующих ухудшению состояния здоровья беременной женщины и разработать целенаправленные меры по предупреждению рождения недоношенных детей.

Литература:

1. Доброхотова Ю.Э., Кузнецов П.А., Джохадзе Л.С. Привычное невынашивание. Актуальное сегодня (Протокол ESHRE 2023 г., Национальные клинические рекомендации «Привычный выкидыш» 2021 г., материалы Всемирного конгресса ESHRE 2023 г.). РМЖ. Мать и дитя. 2023;6(3):219-225. DOI: 10.32364/2618-8430-2023-6-3-1.

2. Указ Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 07.12.2018 г. № УП-5590 (Национальная база данных законодательства, 07.12.2018 г.).

3. РУСТАМОВА Х. Е., СТОЖАРОВА Н. К., ТУРСУНКУЛОВА М. Э. ФАКТОРЫ РИСКА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ //БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ PROBLEMS OF BIOLOGY AND MEDICINE ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ. – С. 255.

4. Саиджалилова Дилноза Джавдатовна, Эрматова Хулкар Ахмаджон Кизи Некоторые аспекты развития преждевременных родов // Биология и интегративная медицина. 2016. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-aspekty-razvitiya-prezhdevremennyh-rodov> (дата обращения: 15.03.2024).)

5. Youssef A., Lashley L., Dieben S. et al. Defining recurrent pregnancy loss: associated factors and prognosis in couples with two versus three or more pregnancy losses. Reprod Biomed Online. 2020;41(4):679–685. DOI: 10.1016/j.rbmo.2020.05.016.

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕФОРМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Рустамова Х.Е., Нурмаматова К.Ч., Камилова Д.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Узбекистан начал масштабную модернизацию своей системы здравоохранения на пути к обеспечению всеобщего охвата населения услугами здравоохранения. В Послании Президента Республики Узбекистан Ш.

Мирзиёева, направленного в 2018 году в Олий Мажлис - парламент нашей страны отмечено, в целях сохранения генофонда нации в системе здравоохранения особое внимание уделено вопросам улучшения качества медицинского обслуживания и расширению его масштаба.

В республике осуществляются комплексные меры по коренному улучшению качества оказания медицинских услуг населению, укреплению кадрового потенциала в системе государственного здравоохранения, которая направлена на повышение ресурсного потенциала медицинских учреждений, реформирование системы здравоохранения.

Преобразования в системе здравоохранения в Узбекистане разделены на три ключевых аспекта:

- преобразования в системе первичной медико-санитарной помощи;
- реформы в сфере финансирования здравоохранения;
- дальнейшее развитие цифровых инструментов в сфере здравоохранения.

Для системной и качественной организации и ускоренного развития национальной системы здравоохранения в центре внимания государства стоят ряд актуальных вопросов, такие как подготовка кадров, в частности для первичного звена здравоохранения, проведение патронажа определенных контингентов населения, организация работы семейных поликлиник, врачебных пунктов, служб скорой медицинской помощи, а также внедрение инновационной модели в управлении медицинской отрасли. До настоящего времени по осуществлению мер реформы системы здравоохранения в Республике, формированию современной системы оказания медицинской помощи населению достигнуты определённые успехи.

Основные достижения на сегодняшний день:

- создается государственный фонд медицинского страхования – единая организация, отвечающая за закупки, которая заключает контракты с медицинскими учреждениями и аптеками;
- повышение эффективности организации услуг первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в пилотной Сырдарьинской области;
- вводятся новые системы оплаты для поставщиков услуг и контракты с медицинскими учреждениями;
- использование аптеками передовых информационных систем электронного здравоохранения.

Эти достижения заложили прочный фундамент для дальнейших преобразований и открыли новые возможности для построения более эффективной системы здравоохранения, способной оперативно реагировать на актуальные потребности.

22.01.2024г. было принято Постановление Президента Республики Узбекистан №-38 «О дополнительных мерах по углублению реформ в сфере здравоохранения» в которых предусмотрены вопросы дальнейшего реформирования системы здравоохранения.

В «Дорожной карте» по реализации приоритетных направлений углубления реформ в системе здравоохранения Правительством перечислены следующие вопросы:

- внедрение современных методов управления, высоких стандартов безопасности и качества медицинской помощи в деятельность республиканских специализированных научно-практических медицинских центров хирургии, кардиологии, эндокринологии, дерматовенерологии и косметологии, Национального детского медицинского центра и Национального медицинского центра, а также проведение их международной аккредитации. [ОКОЗ:

- 1.14.00.00.00 Здравоохранение. Физическая культура. Спорт. Туризм / 14.01.00.00 Здравоохранение / 14.01.02.00 Медицинские учреждения и работники / 14.01.02.03 Допуск к медицинской и фармацевтической деятельности. Лицензирование]

При этом в 2025 году предусмотреть проведение международной аккредитации всех республиканских специализированных научно-практических медицинских центров;

- начиная с 2024/2025 учебного года:

с учетом имеющейся в регионах потребности в специалистах узкого профиля обучить 200 выпускников медицинских высших образовательных учреждений в ведущих зарубежных высших образовательных учреждениях и центрах на основе программ магистратуры и клинической ординатуры за счет средств Государственного целевого фонда развития медицины при Министерстве здравоохранения;

- обеспечить создание оплачиваемой интернатуры в многопрофильных медицинских организациях в целях формирования у студентов выпускного курса медицинских высших образовательных учреждений клинических навыков, требуемых для семейного врача;

- провести международную аккредитацию образовательных программ Ташкентской медицинской академии;

- знания студентов высших образовательных учреждений медицинского направления оценивать на основе двухэтапной системы оценки. Сдача государственных экзаменов на первом этапе, соответственно, по итогам второго или третьего курса - по фундаментальным дисциплинам (анатомия, гистология, физиология, микробиология, иммунология, биохимия, фармакология, общественное здоровье и другие), на втором этапе — по оценке клинических и практических навыков.

- принять меры по введению специальностей магистратуры «Организация и управление общественным здравоохранением» (Public Health and Healthcare Management), «Общественное здравоохранение: эпидемиология и анализ данных» (Public Health: Epidemiology and data science/data analytics), «Общественное здравоохранение: питание» (Public Health: Nutrition), «Профилактическая медицина» (Preventive Medicine), «Физическая активность и реабилитация» (Physical Activity and Rehabilitation), а также по ежегодной

подготовке не менее 150 специалистов по данным специальностям на основе государственного заказа.

Таким образом, в республике проводились и проводятся целый ряд мероприятий по улучшению системы охраны здоровья населения нашей страны. Основное внимание, начиная с организации трудовой деятельности первичной медицинской санитарии и звена скорой медицинской помощи до высших структур, направлено на человеческий фактор, который способствует созданию новых возможностей в расширении новых видов медицинских услуг и доведение их качества до уровня мировых стандартов и претворения в практику задач, предусмотренных в стратегии «Узбекистан -2030».

Литература:

1. Указ Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по модернизации системы здравоохранения Республики Узбекистан» // Национальная база данных законодательства, 07.12.2018, №06/18/5590/2285
2. Постановление Президента Республики Узбекистан «О дополнительных мерах по углублению реформ в сфере здравоохранения» от 22.01.2024г. ПП 38
3. Рустамова ХЕ, Стожарова НК. Вопросы реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан. Организация и управление здравоохранением. 2016(3):52.
4. Рустамова Х. Е., Нурмаматова К. Ч., Машарипова Р. Некоторые аспекты состояния здоровья населения Узбекистана //ББК. – Т. 51. – С. 118.
5. Хужаназаров Абсалом Зиядуллаевич, Алламуратов Шухрат Ашурович РЕФОРМЫ В СИСТЕМЕ ЗДОРОВЬЯ УЗБЕКИСТАНА В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ // Наука, техника и образование. 2021. №1 (76). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reformy-v-sisteme-zdorovya-uzbekistana-v-poslednie-gody> (дата обращения: 28.03.2024).

РИСКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Рустамова Х.Е., Маннанов Ж.Ж., Нусратуллаева Н.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В настоящее время в стоматологической практике все чаще стали применять дентальную имплантацию, которая является одним из современных методов восстановления дефектов зубных рядов. Более 80% дентальной имплантации по данным литературы имеют успешный результат. Однако почти в 20% случаев проведенные вмешательства заканчиваются тем или иным видом осложнений.

При подготовке и проведении дентальной имплантации в каждом конкретном случае решаются различные клинические задачи, и это определяет необходимость стандартизации схем обследования пациентов для костно-реконструктивной операции при дефиците костной ткани. Это позволит выбрать наиболее оптимальную методику хирургического вмешательства, определить качество и количество биоматериала, решить вопрос об этапности операций и медикаментозного сопровождения пациентов.

Проведено исследование результатов костно-пластических операций у 346 больных в возрасте от 25 до 70 лет с деформацией, атрофией костной ткани альвеолярного отростка челюсти, которым были установлены внутрикостные зубные имплантаты. Из числа пациентов 40,8% были мужского пола, 59,2% женского. Интересен тот факт, что 2/3 обратившихся к стоматологу по поводу имплантации были лица от 25 до 50 лет.

Причинами дефицита костной ткани были: атрофия альвеолярных гребней – у 133 пациентов (38,3%), постэкстракционные состояния – у 179 (51,7%), неблагоприятные анатомические условия (критически низкое расположение нижней стенки верхнечелюстной пазухи) – у 35 (10,0%).

Несмотря на то, что имплантация является безопасным методом лечения в стоматологии, имеются ряд рисков, характерных для хирургических вмешательств. Необходимо отметить, что медицинских причин против имплантации практически не существует. Тем не менее многие исследователи считают, что дентальные импланты подходят не всем пациентам. В связи с этим врач должен оценить риски имплантации и спланировать определенные меры, такие как лечение пародонта или увеличение кости. Во время имплантации важную роль играют не только анатомические, но и общие медицинские противопоказания, на которые необходимо обращать особое внимание.

К общим медицинским противопоказаниям к имплантации зубов относятся остеопороз, сахарный диабет, заболевания костной или соединительной ткани, повышенная склонность к кровотечениям, курение, непереносимость титана или аллергия на титан (точнее на компоненты сплава с титаном). К анатомическим противопоказаниям относятся недостаточное снабжение костной тканью, плохое качество костей, опасность для нервных ветвей или корней соседних зубов, неблагоприятные условия прикуса, неполное развитие челюсти, заболевания челюстной кости, слизистой оболочки полости рта или зубного аппарата (пародонтит).

Для достижения успеха необходим дифференцированный подход к каждому случаю хирургического вмешательства и выбор наилучшего возможного решения с использованием хорошей диагностики, следовательно, немаловажное значение имеют навыки и опыт специалиста.

При имплантации, как и при любой хирургической процедуре, могут возникнуть проблемы, которые должен учитывать врач. Одной из часто встречающихся осложнений является потеря имплантата, которая может произойти в сроки до года после установки имплантата (ранняя потеря имплантата) и через год после имплантации (отсроченная потеря имплантата). Основной причиной потери протеза является, в первую очередь, развитие выраженной воспалительной реакции в тканях, окружающих остеоинтегрированный имплантат. Важным фактором, который влияет на срок службы зубных протезов, является тщательное соблюдение гигиены полости рта, отказ от курения, наличие системных заболеваний.

Таким образом, для проведения эффективной профилактики осложнений дентальной имплантации необходимо учитывать факторы риска их

возникновений. Несомненно, что новые достижения в этом направлении будут способствовать сокращению числа осложнений после имплантации у стоматологических пациентов, улучшению качества их жизни.

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Тангиров А.Л., Рустамова Х.Е., Абдуллаев А.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Создание в стране качественной системы здравоохранения, обеспечивающей сохранение и улучшение здоровья населения, формирование условий для воспитания здорового поколения, является приоритетным направлением политики государства.

Для повышения качества, эффективности и общедоступности оказания медицинской помощи населению в республике соответственно Указу Президента Республики Узбекистан УП-5590 от 7 декабря 2018 года, с 2021 года начато внедрение государственного медицинского страхования. Внедрение новых финансовых механизмов позволит расширить сеть первичной медико-санитарной помощи населению, сделав ее гарантированно доступной для каждого гражданина, не зависимо от его материального благосостояния, а также создаст здоровую конкурентную среду на рынке медицинских услуг. Эффективность медицинского страхования базируется на солидарной ответственности государства, работодателя и самих граждан в вопросах охраны здоровья. Следовательно, население должно понимать, что болеть невыгодно и нести большую ответственность за свое здоровье.

Для определения уровня их информированности по вопросам вводимого в нашу республику государственного медицинского страхования нами проведен опрос населения старше 18 лет. Опрос проводился анонимно на основе случайной выборки и в социальных сетях. В анкету для опроса были введены вопросы медико-социального характера, а также вопросы по медицинскому страхованию. В общей совокупности опрошены 1254 респондентов, из них 47 % мужчины и 53% женщины. 62% опрошенных были в возрасте 18 до 40 лет, 20% - от 40 до 60 лет, 18% - от 60 и старше. Из числа респондентов 62% были работающими, 18% студенты, 20% пенсионеры.

Анализ полученных ответов позволил сделать вывод, что большинство респондентов (63%) осведомлены о внедрении государственного МС, однако треть респондентов еще не имеют определенной информации. Среди лиц, имеющих ту или иную информацию о внедрении обязательного страхования в республике 35% получили сведения из интернета, следующие 21% указали что узнали о ОМС по телевидению, 17% из источников СМИ, то есть из газет, 12% респондентов от знакомых, близких, а остальные 13% и 2% указали, что слышали в ЛПУ, куда обращались за медицинской помощью.

На вопрос какие изменения может внести в систему здравоохранения ОМС 43,0% респондентов отметили, что оно улучшит систему здравоохранения, 11%

не полностью уверены в этом, 14% считают, что не будет никаких изменений, остальные не смогли дать ответ.

Необходимо отметить, что большинство респондентов 77% отметили, что ответственность за здоровье должен нести сам человек, однако более 20,0% считают, что о здоровье населения должно заботиться государство и работодатель. Следовательно, еще есть часть населения, которая не хочет брать на себя ответственность за свое здоровье.

На вопрос как часто респонденты оплачивают услуги, оказываемые в медицинских учреждениях, 35% ответили, что редко платят за медицинские услуги лично, в большинстве случаев оплату производили предприятие, где последние работают. 23% получали услуги в основном по месту жительства и не оплачивали, 14% часто пользуются платной услугой, а 9% опрошенных пользуются только платными услугами, а 19% опрошенных не обращаются вообще за медицинской помощью.

Результаты опроса позволили сделать вывод, что большая часть респондентов (35%) не готовы к внедрению ОСМС, 33,2% респондентов ответили, что готовы платить взносы, 15% опрошенных указали, что при необходимости они тоже готовы оплатить необходимые взносы. Необходимо отметить, что 16,8% не смогли определиться и дать конкретный ответ из-за низкой осведомленности в вопросах об ОМС, его преимуществах и недостатках.

Таким образом, в результате реализации Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019 -2025 годы перед здравоохранением стоит ряд приоритетных задач, в число которых входит всеобщий охват населения услугами здравоохранения, повышение доступности квалифицированной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, развитие системы охраны материнства и детства, законодательное определение объемов гарантированной государством бесплатной медицинской помощи а также поэтапный охват граждан республики программами обязательного медицинского страхования. Для успешного внедрения программы ОМС большое значение имеет уровень информированности населения в вопросах обязательного медицинского страхования.

Литература.

1. Scawthorn. C. Asian Catastrophe Insurance / C. Scawthorn, K. Kobayashi. 2008. -April.
2. Thoyts R. Insurance theory and practice / R. Thoyts. 2010; «Медицинское страхование: возможности развития в Узбекистане». / Проект при поддержке ПРООН Ташкент, 2009.
3. Каримова К. Платите на здоровье! Как сектор частных медуслуг превратился в индустрию. / «Экономическое обозрение», №7, 2015; Добровольное медицинское страхование: корпоративный уклон. / «Экономическое обозрение», №2, 2011.
4. Каримова Н. Медстрахование: за и против? -Обращение от 4.05.2016 г. <http://sugurta.uz/pub-lish/doc>

5. Рустамова Х. Е., Стожарова Н. К. Вопросы реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан // Организация и управление здравоохранением. – 2016. – №. 3. – С. 52.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В МИРЕ И УЗБЕКИСТАНЕ

Турсункулова М.Э., Рустамова Х.Е.

Каршинский государственный университет

Ташкентский государственный стоматологический институт

В современной акушерской практике проблема недоношенных детей является одной из наиболее актуальных. Частота преждевременных родов различна во многих странах и не всегда зависит от экономического развития страны, минимум каждый десятый ребенок на Земле (11,1%) рождается раньше положенного срока. В 2020 г. доля младенцев, родившихся недоношенными, варьировалась в диапазоне от 4% до 16% в зависимости от страны. Самые высокие уровни преждевременных родов (ПР) на 100 случаев родов зафиксированы в Малави 18%, Конго 16,7%, Зимбабве 16,7 %, Экваториальной Гвинее 16,5%, Пакистане 15,8% и других Центрально Африканских и Восточно Азиатских странах. Однако и в США ежегодно регистрируется 12% преждевременных родов. К странам с низким уровнем преждевременных родов относятся: Беларусь – 4,1%, Латвия – 5,1%, Финляндия и Хорватия по 5,5%, Литва и Эстония по 5,7%, Япония и Швеция 5,9% [1].

Проблема недоношенности носит четко выраженный медико-социальный характер: вклад недоношенных новорождённых в неонатальную смертность составляет 70%, а заболеваемость 75%. Удельный вес недоношенных в общей популяции детей раннего возраста постоянно увеличивается, что связано с успешной первичной реанимацией глубоко недоношенных, родившихся с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) [2].

Данные о частоте рождения детей с ОНМТ и ЭНМТ отличаются достаточным размахом уровня в разных странах. В акушерской практике различают самопроизвольные и индуцированные преждевременные роды. Завершение беременности по медицинским показаниям со стороны матери или плода при сроке беременности менее 37 недель называют индуцированными родами. Причины же самопроизвольных преждевременных родов многообразны и часто сочетаны.

По данным ВОЗ рост числа случаев преждевременных родов в высокоразвитых странах связан во многом с более поздним материнством, широким использованием средств от бесплодия, необоснованным ранним стимулированием родов и ростом случаев кесарева сечения. Для стран с низким уровнем развития более характерны инфекции и ранние беременности [1].

Другой наиболее частой причиной преждевременных родов может стать экстрогенитальная соматическая патология. Большинство женщин до наступления беременности в 4,3% случаев страдали тяжелой формой

гипертонической болезни; 3% из них страдали ожирением; 10,1% были носителями ТОКСИ-инфекций; 14,5% указали на наличие в анамнезе искусственных аборт, а 7,5% на самопроизвольные выкидыши. Отягощенная различными причинами беременность наблюдалась у всех женщин родивших детей с ЭНМТ. Так у 69,6% беременных отмечалась угроза самопроизвольного аборта на различных стадиях; у 21,7% отмечен тяжелый гестоз; маловодие или многоводие было у 10,1%. Патологическое предлежание плаценты выявлено у 11,6% женщин, плацентит - у 5,8% беременных, фетоплацентарная недостаточность - у 23,2% пациенток [3].

Преждевременные роды входят в понятие больших акушерских синдромов. Объединяет эти синдромы то, что все они возникают во время беременности и связаны с патологией плаценты. В связи с этим при проведении исследования В.С. Белоусовой (2021) было выявлено, что именно преждевременный апоптоз клеток плаценты, их гибель, распад и высвобождения из них DAMPs является тем важным патогенетическим моментом, который и запускает процесс активации toll-подобных рецепторов, возникновение «стерильного воспаления», повышения продукции цитокинов, простагландинов и преждевременное прерывание беременности [2].

Актуальность оценки состояния здоровья и фактического уровня развития детей (нервно-психического, познавательного и других) из группы риска, т.е. родившихся раньше срока, обусловлена еще и тем, что детей раннего возраста преимущественно наблюдают врачи общей практики совместно с педиатром, и от их квалификации, уровня знаний, практического опыта зависит своевременное выявление отклонений в развитии детей и дальнейшая тактика их ведения. Глубоко недоношенных детей, выписанных домой, следует относить к группе высокого риска, они нуждаются в длительном медицинском сопровождении и требуют дифференцированного подхода при выборе реабилитационных мероприятий в зависимости от гестационного возраста, массы тела при рождении и выявленной сопутствующей патологии.

Таким образом, преждевременные роды это полиэтиологичная проблема, в формировании которой участвуют все органы и системы организма матери, и которая возникает как патологический ответ со стороны плаценты и эндометрия, приводящий к невынашиваемости беременности и рождению недоношенных детей. Проведенный анализ литературных источников о распространенности преждевременных родов, факторов, способствующих этому, указывает на актуальность данной проблемы и на необходимость проведения углубленных научных исследований в этом направлении. Также результаты проведенных исследований подтверждают, что применение современных высокотехнологичных методов изучения и понимание звеньев патогенеза ПР позволяет снизить частоту ПР, обосновать подход к предгравидарной подготовке женщин группы риска ПР, профилактике и лечению ПР, оптимальной тактике родоразрешения при ПР с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности недоношенных детей.

Литература:

1. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/
2. Белоусова В.С. Преждевременные роды: патогенез, прогнозирование, акушерская практика. Автореф. дис.на соиск.уч.степени д.м.н. Москва. 2021.44с.
3. Смирнова А.В., Борзова Н.Ю., Сотникова Н.Ю., Малышкина А.И. Клинико-иммунологические факторы риска очень ранних преждевременных родов. Проблемы репродукции. 2020;26(2):113-119.
4. РУСТАМОВА Х. Е., СТОЖАРОВА Н. К., ТУРСУНКУЛОВА М. Э. ФАКТОРЫ РИСКА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ //БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ PROBLEMS OF BIOLOGY AND MEDICINE ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ. – С. 255.
5. Хмилевская С.А., Зрячкин Н.И., Щербатюк Е.С., Ре-брова А.А. Факторы риска и особенности инфекционной патологии у детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела // Материалы XIV Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики». - М., 2015. - С. 64.

**ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПО
СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА**

Усманов С.У., Шукурова У.А., Рустамова Х.Е.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В настоящее время среди детского населения в возрасте от 6-ти до 12-ти лет наблюдается высокий прирост заболеваемости полости рта и слизистой оболочки. На данный момент известны многочисленные факторы, влияющие на развитие заболевания полости рта, в особенности кариозное поражение, что является глобальной проблемой среди народов республики Узбекистан. Учитывая то, что этиология кариозного поражения до конца не изучено, проведение профессиональной профилактики несколько затруднена.

Все мы знаем, что для детского возраста от 6 до 12 лет характерно наличие сменного прикуса, и воспаление пульпы является главным аспектом или причиной в нарушении энамелогенеза и возникновение системной гипоплазии. Кариозное поражение у детей имеет специфический характер, это связано с тем что в детском периоде, наблюдается быстрый темп развития организма, которое непосредственно влияет на истощение минерального состава зуба. Временным зубам характерен тонкий слой эмали, обуславливающий быстрый темп разрушения эмалевой части зуба. Дентин является менее твердым компонентом чем эмаль, при поражении дентина, наблюдается расширение дентинных канальцев, способствующее в транспортировке патогенных микрофлор в сторону пульпы. Эти факторы сопровождаются с увеличением степени индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба от 50% до 80% и выше.

Все перечисленные факторы и процессы, оказывают неблагоприятные воздействие на организм путем угнетения нервно-сосудистой системы.

Склонность к патологии кариозного поражения способствует, неправильная чистка зубов, так как эффективность качества вычищения сложно доступных мест снижается. Во многих регионах Республики Узбекистан дефицит фтора также увеличивает восприимчивость тканей зубов к развитию патологии кариозного поражения. В процессе развития патологии кариозного поражения участвуют еще такие факторы, как снижение иммунной системы, защитные свойства слюны, образование субстрата и время, в котором происходит все перечисленные факторы.

Современная стоматология отмечается значительными успехами в профилактике и лечении кариеса у детей, с каждым годом методы совершенствуются и появляются новые, и тем не менее намного проще предупредить заболевание, чем лечить его. Учитывая, что профилактика является залогом здоровья и способна предотвратить множество заболеваний, в том числе кариес у детей дошкольного и школьного возраста. Для достижения полного охвата детей медосмотром стоматолога и своевременной эффективной санации кариозных поражений было бы целесообразно возобновить деятельность стоматологических кабинетов при дошкольных и школьных образовательных учреждениях.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Хакимова С., Кодиров К., Рустамова Х.Е.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Наиболее часто встречаются переломы челюстных костей при родах, которые трудно диагностировать. Данное обстоятельство вызвано скудностью симптомов травматического повреждения, поскольку оно зачастую имеет характер поднадкостничного перелома. Быстрое развитие у ребенка посттравматического отека мягких тканей затрудняет пальпаторное исследование костей лицевого скелета.

В подавляющем большинстве случаев травмируется нижняя челюсть. В 30% случаев переломы сопровождаются закрытой черепно-мозговой травмой.

Наиболее часто встречаются следующие локализации переломов нижней челюсти - на нижней челюсти, где размещены зачатки зубов, прорезавшиеся зубы или зубы с сформированными корнями, средняя линия, шейка суставного отростка, угол нижней челюсти и ментальный отдел.

Выявлено, что переломы нижней челюсти преобладают у мальчиков старше 7 лет и обусловлены в основном бытовой травмой и неорганизованным спортивным досугом.

По локализации на первом месте стоят одинарные переломы тела нижней челюсти, на втором – переломы мышцелкового или мышцелковых отростков (отраженные), далее двойные и множественные.

Жалобы и клиническая картина переломов нижней челюсти зависят от возрастных особенностей и наличия мест наименьшего сопротивления, от

локализации перелома, от сочетания с закрытой черепно-мозговой травмой, от смещения (или нет) отломков сломанной челюсти.

Чаще всего ребёнок предъявляет жалобы на боль в челюсти в месте удара, на нарушение прикуса, на невозможность принимать пищу, на невозможность открывания и закрывания рта, на отсутствие одного или нескольких зубов.

Первая медицинская и доврачебная помощь при переломах нижней челюсти включает: временную остановку кровотечения, например, с помощью давящей повязки на рану, мероприятия по профилактике асфиксии, введение обезболивающих средств, а также транспортную иммобилизацию отломков. Последняя лучше всего достигается наложением стандартной пращи для раненных в челюсти, а при ее отсутствии – подбородочно-теменной бинтовой пращевидной повязки. Лечение детей с переломом челюстной кости проводится по принципу оказания неотложной помощи. Оптимальным для заживления поврежденных тканей является проведение необходимых врачебных мероприятий в первые 36 часов после получения травмы (первичная хирургическая обработка) или на фоне введения больному антибиотиков в течение 72 часов (первично-отсроченная хирургическая обработка).

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СОХРАНЯЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К НИМ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Эшмуратов С.Г., Абдукадиров Х.Ж., Каримова М.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

На фоне снижающегося уровня состояния здоровья детей, подростков и студенческой молодежи все более чаще медицинские работники и работники сферы образования различных стран мира обращаются к понятию здоровье сохраняющих или здоровье сберегающих технологий. В широком смысле под здоровьем сохраняющими технологиями понимают определенную систему мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья обучающихся, основанных на формировании у них здорового образа жизни, создании здоровой образовательной и бытовой среды, применении в образовательном процессе технологий воспитательно-оздоровительного характера [1].

Процесс обучения имеет выраженную корреляцию со здоровьем, а здоровье коррелирует с психологическим состоянием, когнитивными способностями, уровнем активности и физического состояния, которые в свою очередь влияют на успеваемость обучающегося и его ощущение качества жизни.

Студенты, обучающиеся в высших учебных заведениях, сталкиваются с проблемами, во многом определяющими их психологическое и соматическое состояние. Среди этих проблем или факторов риска: стрессовая обучающая тактика; изменение временных затрат на пребывание в институте и выполнение заданий; сложность заданий; частое несоответствие методик обучения общему развитию студента, особенно на младших курсах; языковые проблемы; интенсивность обучения; боязнь экзаменов и плохих оценок; провалы в

организации питания, физического воспитания, активного отдыха и быта студента, особенно в отрыве от семьи; отсутствие программ по ФЗОЖ и т.д. Эти факторы социально-экономического характера занимают 50-54% факторов риска развития разного рода заболеваний у молодого человека. Решением нивелирования их негативного влияния является в первую очередь формирование у молодого человека обдуманного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих, бережного отношения к окружающей макро и микросреде – то есть формирование здорового образа жизни.

П. Г. Воронцов и Е.В. Ушакова (2019) в своей статье рассматривают три типа образа жизни студентов – здоровый образ жизни или ЗОЖ (факторы укрепляющие и восстанавливающие здоровье), не здоровый образ жизни НЗОЖ (факторы понижающие и разрушающие здоровье) и манипулятивный образ жизни - МОЖ (поведенческие факторы, с кажущимся направлением на ЗОЖ, но в итоге разрушающие здоровье). По мнению авторов молодые люди, имеющие значительный запас здоровья и незначительный объем знаний о методах сохранения здоровья, часто подвержены НОЗЖ или МОЖ.

Следует отметить, что молодые люди, студенты достаточно высоко ценят понятие здоровья и его сохранения. Особенно это понимание развито у студентов медицинских ВУЗов. Однако, в большинстве случаев у студенчества не сформирована осознанная мотивация к ЗОЖ и нет устойчивого навыка в формировании собственного здоровья.

Чаще всего при опросе студентов о том, что является основой ЗОЖ они упоминают о рациональном питании. Однако при этом в среде молодежи нет четкого понимания того, что есть рациональное питание. Многие из них не соблюдают режим питания, используют жарение, как основной способ приготовления пищи, не имеют представления о нормальной пропорции белков, жиров и углеводов. Так по данным опроса студентов медиков в Узбекистане каждый второй (48%) из них отдаёт предпочтение жареной пище, а каждый пятый (22%) сладкой (булочки, пирожные) пище, растительную и молочную пищу предпочитает только каждый восьмой (12%) студент.

Результатом нерационального питания студентов становится изменение массы тела. Выявлено, что 1/3 студентов считают свой вес неудовлетворительным. Результатом неправильного питания является наличие в анамнезе у 76% опрошенных студентов заболеваний ЖКТ.

Еще одним постулатом ЗОЖ, который студенты ставят на первое место при разговоре о ЗОЖ – это двигательная активность и занятия спортом. Однако среди студенчества этот пункт жизнедеятельности находится на недостаточном уровне. Часто это связано не только с отсутствием времени на занятия спортом, но и с незнанием того что обычная утренняя гимнастика является более эффективной в поддержании здоровья чем тяжелые спортивные нагрузки 1 -2 раза в неделю.

По данным опроса студентов медиков в Узбекистане каждый пятый из студентов не занимаются физической культурой и спортом на регулярной основе. Следует отметить, что с увеличением курса уровень гиподинамии

возрастает. Так утреннюю зарядку делает каждый второй (53%) первокурсник и только каждый третий (36%) студент пятого курса стоматологического института в г. Ташкенте. О гиподинамии свидетельствуют и виды досуга студентов: 26% предпочитают смотреть фильмы и передачи по ТВ и интернету, 18% предпочитают компьютерные игры и соцсети, 16% любят читать, 14% сидят с друзьями в кафе. Только каждый четвертый предпочитает активный отдых, связанный с двигательной активностью.

Еще одним показателем ЗОЖ широко известным всему населению, в том числе студентам является отказ от негативных привычек. Однако большая часть студентов курят.

Приведенные данные говорят о том, что даже студенты, в том числе медицинских ВУЗов имеют достаточно низкие показатели в осуществлении некоторых основ ЗОЖ. При этом отмечено, существует обратная корреляция между тем как студенты оценивают свое индивидуальное здоровье и уровнем усилий по осуществлению мероприятий по ЗОЖ (физическая активность, рациональное питание, сочетание труда и отдыха, отказ от негативных пристрастий). Однако между уровнем знаний и осуществлением мероприятий по ЗОЖ на индивидуальном уровне у студентов юношей существует прямая корреляционная зависимость. В отличие от юношей для девушек студенток характерна прямая корреляция между оценкой своего здоровья и уровнем знаний о ЗОЖ и усилиями которые они предпринимают по поддержанию индивидуального здоровья [3].

Таким образом при характеристике образа жизни студенческой молодежи можно сказать, что в целом она направлена на сохранение и укрепление индивидуального здоровья и по имеющимся у студентов знаниям именно ЗОЖ является инструментом для его поддержания. Однако уровень знаний не всегда соответствует уровню усилий по проведению мероприятий, направленных на поддержание собственного и общественного здоровья. Зачастую молодые люди подменяют понятия здорового образа жизни манипулятивным образом жизнедеятельности, основанным на моде или моде современного дня. Задача государства и педагогов, состоит в проведении активного формирования ЗОЖ и противодействию деформациям поведения вызываемым коммерческими посулами и позициями «модного» времяпрепровождения и образа жизни для молодых людей, путем осуществления здоровьесохраняющих технологий начиная со школы и продолжая их проведение в средних и высших учебных заведениях.

Литература:

1. Эльдарушев И. Р. Понятие здоровьесберегающих технологий в обучении единоборцев// Научные записки НГУЭУ. - 2021.-| Выпуск 4. – С. 20-23
2. Воронцов П.Г., Ушакова Е.В. Видоизменения образа жизни молодого человека: здоровый, нездоровый и манипулятивный // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. — 2019. — №2 (13). — С. 14–24. URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>.

З. Брындин Е.Г., Брындина И.Е. Формирование мировоззрения здорового образа жизни у молодого поколения. Сборник научных трудов 2-ой Всероссийской медицинской науч.-практ. конф. "Развитие Российского здравоохранения на современном этапе". М.: Эдитус. 2014. С. 177 – 183.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ: ВЗГЛЯД НА ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хомидов М.Н.

Ташкентская медицинская академия

Введение: Профилактическая медицина играет решающую роль в укреплении здоровья человека и общества. Сосредоточение внимания на профилактике заболеваний и развитии здорового поведения направлено на снижение затрат на здравоохранение, увеличение продолжительности жизни и улучшение общего самочувствия. Однако, несмотря на подтвержденные данные, область профилактической медицины сталкивается с несколькими основными проблемами, которые препятствуют ее эффективности.

Цель исследования: данный тезис направлен на выявление актуальных проблем, препятствующих широкому применению и эффективности профилактической медицины на практике. Изучает потенциальные решения и стратегии решения этих проблем и прокладывает путь к более надежной системе профилактики заболеваний.

Материалы и методы исследования: в этом исследовании используется многогранный подход:

Обзор литературы: проводит углубленный анализ научных статей, медицинских журналов и соответствующих отчетов авторитетных организаций, таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и центры по контролю и профилактике заболеваний, чтобы определить наиболее важные проблемы, с которыми сталкивается профилактическая медицина.

Интервью с отраслевыми экспертами: интервью с медицинскими работниками, поставщиками медицинских услуг и политиками, специализирующимися на профилактической медицине, предоставляют ценную информацию для практических задач и потенциальных решений.

Анализ данных: использование данных медицинских учреждений и государственных учреждений может помочь оценить профилактический статус использования медицинских услуг и определить аспекты, которые необходимо улучшить.

Полученные результаты: профилактической медицине могут препятствовать:

Сервисные и финансовые барьеры: финансовые ограничения и географические различия могут ограничивать доступ к профилактическим медицинским услугам. Люди с относительно низким социально-экономическим статусом или живущие в сообществах с низким доходом могут столкнуться с

проблемами, связанными с профилактическими осмотрами, вакцинацией и стремлением к здоровому образу жизни.

Неинтегрированная система: нынешняя система здравоохранения часто ставит реактивное лечение выше профилактических мер. Отсутствие постоянного контакта и сотрудничества между врачами первичной медико-санитарной помощи, специалистами и организациями здравоохранения может помешать реализации комплексных планов профилактики.

Социальные детерминанты здоровья: такие факторы, как бедность, отсутствие образования, нездоровая пищевая среда и ограниченные возможности безопасной физической активности, оказывают значительное влияние на общее состояние здоровья. Обращение и сосредоточение внимания на этих социальных детерминантах имеет решающее значение для продвижения профилактических медицинских практик.

Потенциальные решения: следующие стратегии могут быть реализованы для решения выявленных проблем:

Образовательные организации общественного здравоохранения: целевые образовательные компании могут повысить осведомленность о важности профилактических мер и дать людям возможность принимать решения о своем здоровье. В контексте общественного здравоохранения использование различных каналов связи, включая программы поддержки сообщества, организации здравоохранения и учебные материалы, может значительно улучшить понимание общественности.

Политические и финансовые реформы: реализация политики, которая ставит профилактическое здравоохранение на первое место, может обеспечить лучшее финансовое покрытие профилактических услуг. Это может включать расширение страхового покрытия профилактических осмотров и консультаций, предложение налоговых льгот для более здорового образа жизни и увеличение финансирования инициатив в области здравоохранения.

Интеграция профилактической помощи в первичную медико-санитарную помощь: очень важно поощрять переход к более целостному подходу в системе здравоохранения. Врачи первичной медико-санитарной помощи должны быть оснащены для оказания профилактических услуг, регулярной оценки рисков для здоровья и предоставления индивидуальных советов по изменению образа жизни.

Обращение к социальным детерминантам здоровья: инвестиции в программы, улучшающие доступ к вариантам здорового питания, безопасной физической активности и возможностям обучения, могут внести значительный вклад в развитие профилактики и практики здравоохранения. Сотрудничество между поставщиками медицинских услуг, политиками и общественными организациями имеет решающее значение для устранения этих социальных факторов, влияющих на здоровье.

Заключение: хотя профилактическая медицина обладает огромным потенциалом для улучшения здоровья человека и населения, устранение существующих проблем имеет решающее значение для ее успешной реализации.

Повышая осведомленность населения, проводя финансовые и политические реформы, интегрируя профилактическую помощь в первичную медико-санитарную помощь и обращаясь к социальным факторам здравоохранения, можно создать более надежную и удобную систему профилактики. В конечном итоге это приведет к более здоровому населению, снижению расходов на здравоохранение и стабилизации системы.

Литература:

1. Addressing the social determinants of health: a call to action: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health> (World Health Organization, 2020).
2. The future of public Health: 10 near-term priorities for the United States: <https://ajph.aphapublications.org> (American Journal of Public Health, 2009).
3. A systemic review of interventions to improve preventive healthcare utilization: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6996531/> (National Institutes of Health, 2017).
4. Can financial incentives improve preventive Healthcare utilization? Национальный обзор событий: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11845/> (National Bureau of Economic Research, 2018).
5. The ragmented US Healthcare system: a barrier to preventive Care. <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2014/jul/access-primary-and-preventive-health-care-across-states-prior> (The Commonwealth Fund, 2020).
6. Закрывтие разрыва: Национальная стратегия сокращения неравенства в отношении здоровья: <https://minorityhealth.hhs.gov/> (Office of Minority Health, US Department of Health and Human Services).
7. The role of health literacy in preventive healthcare: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7889072/> (National Institutes of Health, 2019).
8. Implementing effective Health education campaigns: a review of the evidence: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953602001582> (Journal of Health Communication, 2011).
9. The economic benefits of Preventive Healthcare: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6429690/> (National Institutes of Health, 2017).
10. Ethical considerations in promoting preventive healthcare: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535361/> (National Institutes of Health, 2018).

**ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДПРОЦЕССА ГЕПАТИТА «А»
СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ МЕГАПОЛИСА САМАРКАНД**

Буляев З.К., Ризаев Ж.А., Утепов П.Д.

*Самаркандский государственный медицинский университет
Южно-Казахстанская медицинская академия*

Введение. В современном мире отмечается повсеместное регистрация вирусных гепатитов среди населения, что определяет его социально-экономическую значимость. Где значимость приобретает гепатит «А», заболеваемость которым составляет 90% от всех регистрируемых вирусных гепатитов [1]. Данные ВОЗ указывают, что в мире ежегодно болеют свыше 1,4 млн. человек и летальность от гепатита «А» составляет пределы 1%-30%. На уровень заболеваемости детского населения гепатитом «А», наиболее влияет отсутствие в ряде государств мира, плановой иммунизации среди детей, а также людская скученность, медицинская и санитарно-техническая обеспеченность детских и дошкольных учреждений и организации, что наиболее характерно для мегаполисов государств мира [2,3].

Важность заболеваемости вирусного гепатита, для детского населения мира определена принятием ВОЗ в 2016 году, ряда новых комплексных глобальных стратегий сектора здравоохранения в отношении инфекционных заболеваний в том числе вирусного гепатита на период 2022-2030 годы. Данная стратегия предполагает, достижение гуманной цели «элиминации вирусного гепатита», посредством выполнения санитарно-противоэпидемических мер, а также диагностики, лечения пациентов и проведения санитарно-просветительной работы среди населения мира [4]. Согласно принятой стратегий многие государства – члены ВОЗ, в том числе Республика Узбекистан разработала национальную программу по борьбе с вирусным гепатитом и стратегию по достижению элиминации данной инфекции.

Цель исследования. Эпидемиологическая оценка заболеваемости детей до 14 лет гепатитом «А», по средством изучения уровня заболеваемости за период 2018-2023 годы, а также оценка состояния проводимых мер иммунизации против гепатита «А» среди детского населения мегаполиса Самарканд, где проживают более 1 млн человек, с удельным весом до 36,3 детского населения.

Методы и материалы исследования. Проведён ретроспективный анализа случая регистрации гепатита «А» среди детей до 14 лет, где для анализа использованы результаты «мониторинга за слежением вирусного гепатита», карты эпидемиологического расследования случаев заболеваемости, «истории болезни» переболевших детей и «паспорта профилактических прививок» переболевших и контактных лиц гепатитом «А» за последних 6 лет. Проведен анкетный опроса жителей мегаполиса Самарканд.

Результаты исследования. Анализ заболеваемости и распространенность гепатита «А» среди детского населения мегаполиса Самарканд показал, что интенсивность эпидемического процесса заболеваемости за 2018-2023 годы значительно снизилась с подъёмом заболеваемости к 2023 году, что отразилось

на динамике заболеваемости детей. В мегаполисе имеет место снижения заболеваемости среди детей до 14 лет и она варьирует в диапазоне 654,9 и 87,4 на 100 тыс. детей и с 2018 по 2021 год проявляется снижение на 7,4 раза. Высокий показатель заболеваемости отмечен в 2018 году с превышением среднегодовалого показателя (337,3 на 100 тыс. детей) заболеваемости на 1,9 раза, при этом низкая заболеваемость отмечена в 2021 году, где показатель на 100 тыс. детей составил – 87,43, уступив среднегодовому показателю в 3,9 раза. Подъем заболеваемости за 2023 год (179,4 на 100 тыс. детей) в сравнении с 2022 годом (88,5 на 100 тыс. детей) отмечается в 2 раза.

В динамике заболеваемости гепатита «А» в мегаполисе Самарканд прослеживается периодичность подъемов и спадов с 4-х годичной цикличностью. Так с 2018 года по 2019 год отмечено снижение заболеваемости на 1,3 раза, показателем с 654,9 до 507,9 на 100 тыс. детей, а также с 2019 года по 2020 год заболеваемость снизилась на 3,7 раза показателем 507,9 до 135,0 на 100 тыс. детей. В период с 2020 года по 2021 год – заболеваемость гепатитом «А» снизилась на 1,5 раза показателем 135,0 до 87,4 на 100 тыс. детей. Рост заболеваемости гепатитом детского населения отмечается с 2021 года по 2022 год, где заболеваемость по мегаполису возросло в 3,4 раза, показателем 87,7 до 301,3 на 100 тыс. детей. Соответственно рост заболеваемости в 2 раза отмечается в период 2022 года по 2023 год.

Случай регистрации гепатита «А» среди детей мегаполиса Самарканд отмечается во всех возрастных группах и за период 2020-2023 годы помимо детей до годовалого возраста и единичные случаи заболеваемости детей от 1 до 2 лет удельным весом 2021 году – 1,4 и 2023 году – 2,5. В иных исследуемых возрастных группах, лидируют дети в возрасте от 11 до 14 лет, удельным весом 2020 году – 38,7, 2021 году – 34,2, 2022 году – 32,4 и 2023 году – 36,4. Далее следует возрастная группа от 7 до 11 лет, удельным весом 2020 году – 25,9, 2021 году – 21,6, 2022 году – 15,7 и 2023 году – 26,3. Дети возрастной группы от 4 до 7 лет, удельным весом 2020 году – 18,7, 2021 году – 25,7, 2022 году – 22,3 и 2023 году – 21,9. При этом, низкая заболеваемость отмечено у детей возрасте от 2 до 3 лет, удельным весом 2020 году – 5,1, 2021 году – 7,1, 2022 году – 11,3 и 2023 году – 8,2. Более низкий показатель заболеваемости отмечено в возрастной группе от 3 до 4 лет, удельным весом 2020 году – 11,6, 2021 году – 10,0, 2022 году – 15,7 и 2023 году – 9,2.

За анализируемый период времени заболеваемость превалировала среди детей мегаполиса, как в среднегодовом показателе (337,3 на 100 тыс. детей), так и отдельно взятых годов. Отмечается высокое проявление эпидемического процесса в 2018 году превышением показателя заболеваемости 654,9 на 100 тыс. детей, 2019 году показателем 507,9 на 100 тыс. детей, 2020 году – 135,0 на 100 тыс. детей, 2021 году – 87,4 на 100 тыс. детей, 2022 году – 301,3 на 100 тыс. детей и 2023 году – 179,5 на 100 тыс. детей, где проявляется высокий показатель заболеваемости (рисунок 1).

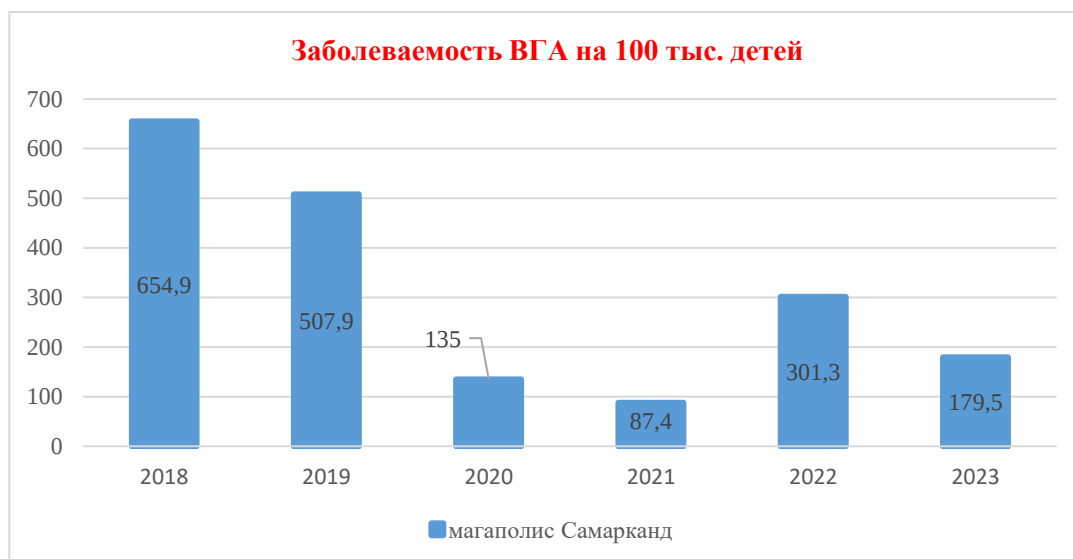


Рис. 1. Динамика заболеваемости гепатитом «А» среди детского населения мегаполиса Самарканд в период за 2018-2023 гг.

Показатель иммунизации детского населения мегаполиса в абсолютных числах составляет 2018 году – 4519 единиц, 2019 году – 2219 единиц, 2020 году – 1675 единиц, 2021 году – 1476 единиц, 2022 году – 1968 единиц и 2023 году – 1645 единиц, что составляет в среднем для детей до 14 лет пределы – 48,3%.

Проведенный опрос жителей мегаполиса Самарканд определил, что 84,6% респондентов выразили свое согласие и желание с учетом возрастных особенности своих детей, на проведения плановой иммунизации против детских инфекционных заболеваний, в том числе против вирусного гепатита «А» и только 4,9% респондентов категорично отказываются от всех видов вакцинации своих детей, определяя их вредным для организма, а также 10,5% респондентов не были определены в своих выборах об иммунизации детей.

Выводы. Несмотря на тенденцию общего снижения заболеваемости детей гепатитом «А» за исследуемый 2018-2023 годы в мегаполисе, в период 2021 и 2023 годы проявляется интенсивность эпидемического процесса гепатита «А», что может нанести существенный социально-экономический ущерб региону. Согласно республиканского «Национального календаря профилактических прививок» от 2021 года [5] вакцинация детского населения против гепатита «А» и детей контактных с инфицированными лицами, а также иммунизацию детей в период эпидемического сезона, проводится только по эпидпоказаниям. Данные меры иммунизации детского населения в период эпидемического сезона, вносит определенный вклад снижению уровня заболеваемости, однако немаловажную роль в имевшем в месте регистрации заболеваемости вирусным гепатитом «А» детей до 14 лет, сыграло отсутствие плановой иммунизации детей региона и в целом по Республике Узбекистан. Тем самым, одним из медицинских мер обеспечения предупреждения заболевания гепатита «А» возможна посредством внесения «Национальный календарь профилактических прививок» плановую вакцинацию детского населения.

Литература:

1. Вирусные гепатиты – проблема общественного здоровья в Российской Федерации (проект программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов) // М.И. Михайлов, Н.Д. Ющук, Е.Ю. Малинникова и др. / Вестник ВШОУЗ, – 2018, – №2, – С.20-29.
2. Бремя гепатита А в Российской Федерации: научный обзор // С.Л. Мукомолов, М.И. Михайлов, Т.А. Семененко и др. / Эпидемиология и Вакцинопрофилактика, – 2014, – №6(79), – С.24-34.
3. Каира А.Н., Свитич О.А. Особенности эпидемического процесса вирусных гепатитов А и Е в Российской Федерации // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика, – 2021, – №20(4), – С.69-78.
4. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту 2016-2021 гг.: на пути к ликвидации вирусного гепатита. ВОЗ, 2016. 52 с. Доступно на: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf>
5. Сан ПиН №0239-07/4 от 2021 года «Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний в Республике Узбекистан».

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В МИРЕ

Исматуллаева О.И., Азимов Р.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Демографические показатели имеют огромное значение в мире, поскольку они помогают понять изменения в структуре населения, прогнозировать тенденции роста и старения населения, определять потребности в образовании, здравоохранении, социальном обеспечении и других сферах. Кроме того, демографические данные являются важным инструментом для разработки экономических и социальных политик, а также для принятия решений в области развития и управления ресурсами.

Целью работы является анализ литературных данных частоты рождения, смертности и миграции населения

Материалы и методы. Наблюдения демографических трендов, трендов рождаемости и смертности, анализ структуры населения, миграционные потоки

Результаты и их обсуждение. Исходя из данных и исследований ООН, к 2050 году численность населения мира увеличится на 2 миллиарда человек — с 7,7 миллиарда до 9,7 миллиарда, а к концу столетия, несмотря на продолжающееся снижение уровня рождаемости, достигнет пиковой отметки — почти 11 миллиардов человек. Согласно прогнозам, в течение этого периода все больше людей по всему миру будут выбирать в качестве места проживания города, и число детей в возрасте до 5 лет будет уступать числу лиц в возрасте 65 лет и старше.

Ожидается, что половина глобального прироста населения в период до 2050 года будет приходиться лишь на девять стран: Индию, Нигерию, Пакистан, Демократическую Республику Конго, Эфиопию, Танзанию, Индонезию, Египет

и Соединенные Штаты Америки (в порядке убывания численности). Численность населения стран Африки к югу от Сахары, скорее всего, удвоится, в то время как численность населения Европы, скорее всего, сократится.

Между тем люди больше не остаются на одном и том же месте. Хотя на протяжении последних двух десятилетий доля международных мигрантов неизменно составляет примерно 3 процента от общей численности населения мира, с 2000 года она увеличилась более чем вдвое. В то же время в результате затяжных конфликтов резко возросло число людей, вынужденных покинуть свои дома, причем в результате изменения климата и ухудшения состояния окружающей среды — это число может еще больше возрасти. Подавляющее большинство беженцев и мигрантов приходится на страны глобального Юга.

Выводы: Одной из самых главных причин снижения роста населения Земли является, что все больше женщин делают выбор в пользу образования и работы, а также в облегчении доступа к противозачаточным средствам. Иметь меньше детей — это собственный выбор женщин. В определенном смысле, это история их успеха. Ещё одной причиной является: старение населения. Медицина позволяет побеждать возрастные болезни. В будущем это всё может стать причиной настоящего "демографического кризиса".

Литература:

1. Демографические исследования ООН от 2023 года.
(<https://www.un.org/ru/un75/shifting-demographics>)

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Хайдарова М.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Сердечно-сосудистая система один из самых важных систем человека. От правильной работы сердца и всей сердечно-сосудистой системы зависят состояние органов и систем организма. В условиях стресса, нагрузок, плохой экологии и неправильного питания, сердцу необходимо особая забота.

Актуальность. Ежегодно растет количество диагностированных заболеваний сердечно-сосудистой системы, а инфаркт миокарда занимает третье место среди причин смертности населения. Патологии «молодеют», приобретенные пороки и атеросклероз все чаще проявляются в возрасте до 40-45 лет. Среди возможных причин врачи называют нежелание следить за собственным здоровьем, малоподвижной образ жизни современного человека.

Цель — повысить эффективность профилактики патологии сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы истории болезни 30 пациентов с патологии сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте от 24 до 53 лет. У каждого пациента были измерены: пациенты, которые занимаются активными видами спорта 150-200 минут в неделю, уделяют время на ежедневные прогулки, плавание, контролируют артериальное давление,

следят за весом, откажут от вредных привычек, питаются правильными рационами, страдают 2,5 раза меньше, чем остальных больных.

Заключение. Профилактика болезней системы кровообращения, а также их осложнений заключается в выполнении основных правил, которые мы перечислили выше. Доказано, что ежедневные прогулки в быстром темпе в 2,5 раза снижают риск заболеваний сердца. А также, тяжелые условия труда, стрессовые ситуации на работе и в семье могут привести к инфаркту, в 3 раза увеличивая риск опасных болезней сердца.

Сердечно-сосудистые заболевания сложно лечить, поэтому рекомендуем заниматься их комплексной профилактикой.

**УЛУЧШЕНИЕ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ
"МЕТАДОНОВАЯ ТЕРАПИЯ" И ИЗУЧЕНИЕ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ В РЕГИОНАХ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И СНГ**

Мұсылман А.Б., Муратбекова С.К.

*Высшая школы медицины НАО Кокшетауского университета имени
Ш.Уалиханова*

На сегодняшний день в стране инъекционный путь передачи ВИЧ-инфекции всё ещё является актуальным. В Казахстане в результате предпринимаемых государством мер профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, начиная с 2009 года, была устойчивая тенденция снижения доли парентерального пути передачи ВИЧ. Однако, начиная с 2014 года, наркотическая ситуация в стране характеризуется существенным обострением, имеющим устойчивую негативную динамику. Это связано с распространением новых, ранее не присутствующих в Казахстане, синтетических и других наркотиков. Эта проблема касается не только Казахстана, но и всего мирового сообщества. В 2016-2017 годах появились дизайнерские наркотики или синтетика (соль, «скорость»), употребление которых привело к значительному возобновлению роста парентерального пути передачи в 2018-2019 гг. Оценочное число лиц, употребляющих инъекционные наркотики в 2019 г. составило 94 600 человек

В 2019 году на ответные мероприятия по ВИЧ в Республике Казахстан израсходовано более 35 миллионов долларов. В том числе из государственного бюджета выделено более 12 миллиардов тенге (более 30 миллионов долларов). Доля государственных средств составляет 95%, остальные 5% - средства международных партнеров. В составе международной помощи, предоставляемой Республике Казахстан на реализацию мероприятий по контролю эпидемии ВИЧ-инфекции, средства, выделенные правительством США (USAID/PEPFAR, CDC/PEPFAR), Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, агентством ООН и другими партнерами.

Важность. В настоящее время, несмотря на проведение антинаркотической работы, трудно заметить снижение уровня ее потребителей. Опиоидная зависимость-сложное состояние, которое часто требует длительного лечения и ухода. Распространение ВИЧ-инфекции вызвано введением опиоидов инфицированными средствами. Чтобы уменьшить это, Всемирная организация здравоохранения рекомендовала использовать метадоновую терапию. Прежде чем остановиться на важности, что такое Методотерапия? Метадонотерапия или, с научной точки зрения, поддерживающая терапия опиоидными агонистами– это долгосрочная заместительная терапия, используемая для лечения героиновой зависимости и помогающая сократить употребление наркотиков. Терапия-это медицинское назначение для длительного приема метадона (или бупренорфина) пациенту с опиоидной зависимостью. Кроме того, под наблюдением медицинских работников и в строго проверенных дозах. По мнению некоторых исследователей, этот метод может помочь наркоманам избавиться от неприятных симптомов при попытке "завязать" наркотики.

Сегодня МТ активно используется во многих странах Европейского Союза, США, Канаде, КНР, Австралии, Грузии, Иране, Малайзии, Индии, Вьетнаме, Восточной Европе, Прибалтике, странах СНГ (Азербайджан, Армения, Беларусь, Кыргызстан, Молдова, Украина, Таджикистан).Этот метод позволяет снизить высокие затраты, связанные с опиоидной зависимостью, как для самих пациентов, их семей, так и для общества в целом – в основном за счет снижения потребления героина, связанных со смертельными передозировками и снижения количества правонарушений и снижения риска заражения ВИЧ.

Цель. Проведение анализа данных, изучения опыта международной практики и Национального практического опыта для принятия решения о целесообразности продолжения поддерживающей заместительной терапии в Республике Казахстан. Обзор данных Всемирной организации здравоохранения в мировой научной литературе на основе источников.

Материал и методы. Метод вторичного исследования: интервьюер-мусульманин А.Б., респондент-врач Акмолинского областного центра психического здоровья Хасенова Светлана Карабалиновна стаж работы-33 года психиатр, нарколог. Обзор на все мирную научную литературу 2019-2023 годов.

Результаты исследования. Результаты пилотного проекта по оценке данных исследования показали положительный результат:

- 1) наблюдается снижение рискового поведения более чем в 10 раз (в части инфицирования ВИЧ инъекционным и половым путем, в частности, общее неиспользование игл, снижение нестабильных незащищенных половых контактов);
- 2) снижение преступного поведения лиц в ГТ более чем в 10 раз (снижение количества зарегистрированных преступлений);
- 3) экономическая нагрузка на приобретение наркотических средств преступным путем снижается с 9 375 тенге в день практически до нуля после вступления в программу МТ (по результатам опроса);

4) за 6 месяцев пребывания в программе отмечается сокращение фактов употребления запрещенных наркотиков на 86%.

График контроля и оценки действий

Пациент МТ	Лица, применяющие инъекционный наркотик (пациент, не принимающий МТ)
Мужчина лет 30-49	Мужчина лет 25-40
Героиновая зависимость в тяжелой степени	Героиновая зависимость в разной степени
Работает на себя или под контролем	Не работают
Получает амбулаторную лечение	Не получает лечение
Налажены отношения с семьей, окружающими людьми	Не налажены отношения с семьей, окружающими людьми
Риск преступности снижен	Совершает преступные действия
Нарколог получает консультацию врача, психолога и социального работника, при необходимости иных специалистов на постоянной основе Регулярно проверяется на ВИЧ, вирусный гепатит и туберкулез	Медицинской помощи не получает, а обращается только в особо необходимых случаях, в том числе поневоле Только в случае госпитализации

«Метадоновая программа – одна из программ «уменьшения вреда», которая направлена на то, чтобы снизить влечение наркозависимых к тяжелым психоактивным веществам, улучшить их физическое и психическое состояние, помочь снова вернуться в общество и семью, предотвратить преступность, распространение ВИЧ и других инфекционных заболеваний.

Наша задача - объяснить обществу, что это сегодня самый эффективный метод лечения наркозависимых людей, его необходимо и дальше широко применять, включать в государственные программы» - Бахыт Ниязбековна (Президент ОФ «Аман-саулык»

Вывод. Самая главная цель-обезопасить доступ. Каждый должен понимать, что наркозависимый - это больной человек. И каждый имеет право на альтернативные пути лечения, не обязательно ложиться в наркоцентр, можно применить альтернативную терапию. Метадон-это лечащий препарат, который официально зарегистрирован в Казахстане. Он снимает героиновую привязанность, а героин большая беда. Содержание метадона в том, что он находится в крови 24-36 часов, а героин-два-три часа.

В Швеции – стране, известной своей жесткой антинаркотической политикой, по мере либерализации антинаркотического законодательства и расширения доступности заместительной терапии наблюдалось значительное

(20-30%) сокращение смертности, связанной с потреблением опиатов, в период с 2000 по 2002 по 2006 гг. (Romelsjö, 2010, September).

1. Опиоидная зависимость - сложное состояние, требующее длительного лечения и ухода. Единственное эффективное лечение людей с опиоидной зависимостью заключается в том, что не существует эффективного лечения для всех. Чтобы гибко реагировать на изменяющиеся реакции, потребности таких людей должны быть должным образом удовлетворены для достижения широкого спектра форм лечения. Поддержка заместительной терапии имеет преимущества для Люди с опиоидной зависимостью стабилизируют их улучшение общего благополучия и социального положения работать. У людей, получающих заместительную терапию, может значительно улучшиться терапия, как физическая, так и социальная. Эмоциональные стороны их жизни, а также отношения с другими людьми. Кроме того, они повышают свою способность вносить важный вклад в жизнь ближайшего окружения и заставляют их вносить свой вклад в развитие общества в целом.

2. В Республике Казахстан эффективна заместительная терапия (метадон). Кроме того, дальнейшая реализация данной программы выявила проблемы, препятствующие эффективной реализации программ АТБ в Казахстане: для различных заинтересованных ведомств, специалистов и населения необходима продуманная стратегия информирования по вопросам АТБ; необходимо решить вопрос с жестким прикреплением пациентов к кабинетам АТБ, для которых участие в программе предполагает отнесение их к медицинским организациям, краткосрочные командировки или переезд в другие регионы Казахстана, который не реализуется и т.д. объективно невозможно в ситуациях.

Литература:

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34554396/> 2017 Jan 20
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30684117/>
3. <https://www.who.int/ru/news-room/feature-stories/detail/pioneering-methadone-programme-in-dar-es-salaam-gives-hope-to-thousands>
4. Н.Б. Ережепов, А.С. Каражанова Применение поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов в наркологической практике Республики Казахстан
5. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36282864/> 2022 Oct 25

ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

Мансуров О.У., Рузиева С.Ю.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация. Здоровье – бесценное богатство каждого человека в отдельности, и всего общества в целом. При встречах и расставаниях с близкими

нам людьми мы всегда желаем им хорошего здоровья, потому что это – главное условие полноценной и счастливой жизни. Эта статья посвящена образу жизни отдельного человека с целью профилактики болезней и укрепления здоровья. Здоровый образ жизни помогает нам выполнять наши цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придется, то и с колоссальными перегрузками. Крепкое здоровье, поддерживаемое и укрепляемое самим человеком, позволит ему прожить долгую и полную радостей жизнь.

Ключевые слова: Здоровый образ жизни, Профилактика болезней, справляться с трудностями, прожить долгую и полную радостей жизни.

Цель исследования – определить здоровый образ жизни у студентов. Формирование образовательных навыков здорового образа жизни и изучение навыков здорового поведения и системы воображения студентов и молодежи в условиях высшего учебного заведения. Забота о здоровье и самочувствии.

Методы исследования. Данные анкетного опроса определение в институте.

Результаты и обсуждение. Для изучения образа жизни студентов и определения их представлений о здоровом образе жизни была разработана анкета. Анкета состояла из 30 открытых вопросов, перед заполнением анкеты со студентами было проведено инструктаж, в нем приняли участие 120 студентов Ташкентского государственного стоматологического института, особенно факультетов лечебного, медицинской педагогики, бакалавров 1-2-3 курсов всех специальностей. Из них 66,7% (80) – девушки (женщины), 33,3% (40) – мальчики (мужчины).

Оценивая процесс формирования здорового образа жизни среди населения, необходимо обратить внимание на наличие у каждого человека трех основных элементов, необходимых для анализа его повседневной жизнедеятельности. В частности, у каждого человека есть: наличие знаний о здоровом образе жизни; наличие твердой веры в то, что здоровый образ жизни может сделать человека здоровым и продлить его жизнь; например, наличие усердных усилий по ведению здорового образа жизни. Студенты, по вашему мнению, на вопрос, как влияет здоровый образ жизни на активность человека: соблюдение режима дня и правильное питание 4,5%, физическая активность 0,5%, режим труда и отдыха 2%, отсутствие вредных привычек 6,5%, 86,5% ответил на все предложенные варианты. Что касается занятий спортом, 66,5% ответили, что они здоровы, 26% – чтобы иметь идеальное тело, 3% – чтобы медитировать для самопознания, 3% – чтобы получать от этого удовольствие и 1,5% – чтобы снять стресс.

Здоровый образ жизни – одна из основных причин, препятствующих образованию различных заболеваний в организме человека. По данным литературы, от образа жизни зависит 50-60% здоровья человека.

Выводы. Для формирования навыков здорового образа жизни у студентов вуза важно соблюдать правильное распределение свободного времени, режима дня, режима отдыха и труда. Особенно полученные результаты показали, что студенты-медики понимают здоровый образ жизни и его значение для здоровья человека. В спортивных кругах большинство студентов выразили желание

участвовать, но отметили, что есть временные и финансовые проблемы. Поэтому целесообразно разработать научно-методические рекомендации по формированию здорового образа жизни.

Литература:

1. Авезова Г.С. Алкоголга карамлик ва унинг профилактикасига тизимли ёндашув// Тиббиётда янги кун - Илмий рефератив, маънавий -маърифий журнал. - 2020, 4 (32)- 69-72 б.
2. Маматкулов Б.М., Нодиров Т. Соғлом турмуш тарзи ва оила саломатлиги. Укув кулланма. Карши, 2018.
3. Маматкулов Б. "Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш" "Пm Ziyo" нашриёт уйи, 2013й. 7-боб 82- 100. 8 боб 101- 116.
4. Рузиева С. Роль медицинских сестёр в стоматологической поликлинике //Медицина и инновации. – 2021. – Т. 1. – №. 1. – С. 75-77
5. Ермакова Н. А., Мельниченко П. И. и др. Образ жизни и здоровье студентов : научное издание // Гигиена и санитария. - М., 2016. - Том 95 N6r5016. - С. 558-
6. Мартыненко А.В. Формирование здорового образа жизни молодежи /
7. Respublika aholisining salomatlik saqlash muassasalarining 1998 y taxlili. Toshkent, 1999 y.
8. Iskandarova T.I, Mamatqulov B.M.-Sanitariya-statistik va Toshkent, 1999 y.
9. Рахмонов, Т. О., Рузиева, С. Ю., Камилов, А. А., & Каримов, В. В. (2022, December). ОЦЕНИТЬ ТРУД МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ. In INTERDISCIPLINE INNOVATION AND SCIENTIFIC RESEARCH CONFERENCE (Vol. 1, No. 4, pp. 99-103).

ОПТИМИЗАЦИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Рузиева С.Ю.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ключевые слова: медицинская сестра, качество работы, стоматологическая поликлиника, врачи стоматологии

Стоматологическая помощь является одним из наиболее массовых видов медицинской помощи. Непосредственным помощником врача-стоматолога является медицинская сестра. Качество лечения и результаты оказания помощи во многом зависят от ее квалификации, профессиональных навыков, знания этапов лечебно-диагностического процесса, умения работы персонала.

Для определения путей повышения качества стоматологической помощи, установления потребности в обучении и профессиональном развитии персонала, необходимо регулярно производить оценку результатов работы как врачебного, так и сестринского персонала.

Цель исследования: оценка качества работы медсестры стоматологического поликлиники. Оптимизация работы медицинских сестер позволяет повысить качество работы и профессионализма.

Задачи исследования: на основе данных литературных источников изучены теоретические аспекты организации контроля и оценки качества работы специалистов высшего и среднего звена в стоматологии; изучен практический опыт оценки качества работы медицинских сестер стоматологических поликлиниках; изучено мнение врачей о качестве работы медицинских сестер стоматологической поликлиники. Управление качеством трудовой деятельности среднего медицинского персонала изучена, организованность, трудоёмкость, профессиональность. Исследования в сфере стоматологии являются проблемы, связанные с нормированием труда и профессиональной деятельностью среднего медицинского персонала стоматологического профиля.

Материал и методы. В социологическом исследовании (анкетировании) приняли участие 50 врачей стоматологической поликлиники, опрошенных (24,5%) составили женщины, 76,5% – мужчины, средний возраст респондентов составил $54,5 \pm 2,1$ 10 года, 66,7% врачей имеют квалификационные категории.

Результаты. Большая часть врачебного персонала (92,3%) удовлетворены уровнем качества работы медицинских сестер поликлиники. Среди факторов, влияющих на качество их работы, респонденты отметили: уровень заработной платы (76,6%), взаимоотношения с коллегами (48,2%), уровень квалификации (48,7%), степень оснащения расходными материалами (44,4%). Преобладающая доля врачей (89,8%) считают, что оценивать работу сестринского персонала должна главная медсестра, остальные (36,6%) считают, что наиболее достоверно оценить труд медицинских сестер может врачебный персонал. Пациенты отмечают, что необходимо повышать качество работы медицинских сестер эффективных методов выделили: стимулирующие выплаты (88,9%), премии по итогам года (38,9%). Профессия медицинской сестры стоматологического отделения подразумевает преимущественно физический труд. Исследование показало, что уровень образования медицинских сестер влияет на качественные показатели работы среднего медицинского персонала. Для этого им необходимо регулярно повышать свой профессиональный и квалификационный уровень, применять свои знания, умения и навыки в работе. Руководитель поликлиники следует обратить внимание на подготовку и повышение квалификации своих кадров. В анкеты каждой категории участников были разработаны свои вопросы, касающиеся качественных показателей работы среднего медицинского персонала и персонала поликлиники. Среди врачей - стоматологов был проведен опрос, в котором они оценивали профессиональные качества работы среднего медицинского персонала. В нем были выделены основные моменты работы медицинских сестер:

- грамотное ведение медицинской документации;
- умение быстро и четко действовать в экстренных ситуациях;
- затраты времени на основные и второстепенные задачи;
- владение всеми манипуляциями, необходимыми в работе;

- знание и четкое соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима;
- профессиональная компетентность;
- коммуникативная компетентность.

Для оценки личностных качеств было предложено оценить культуру речи, внешний вид и стиль поведения.

Выводы. В итоге работы врача-стоматолога заложена немалая доля результата деятельности медицинской сестры. Необходимо оптимизировать существующую систему управления качеством стоматологической помощи, внедрить эффективные методы контроля и мотивации сестринского персонала. Медицинская сестра – правая рука врача-стоматолога. Согласно статистике, труд стоматолога эффективнее в два раза, если он работает на пару с медицинской сестрой. На качество работы среднего медицинского персонала влияет уровень подготовки и нормирование труда, а с проблемами в организации процесса появляется неудовлетворенность выполняемой работой самым медицинскими сестрами, где наблюдается снижение качества работы среднего медицинского персонала. Оптимизация работы среднего медицинского персонала позволит повысить продуктивность работы и профессиональные характеристики медицинских сестер.

1. Своевременно проводить повышение квалификации медицинских сестер внутри организации. Предоставить возможность проходить обучение за счет средств поликлиники.

2. Для улучшения личностных качеств среднего медицинского персонала необходимо проводить среди персонала собрания, семинары, беседы. На которых будут обсуждаться темы, касающиеся культуры речи, манеры поведения.

3. Для повышения качественных показателей работы среднего медицинского персонала необходимо проанализировать штатные и занятые единицы, пересмотреть графики работы и должностные инструкции среднего медицинского персонала.

1. Татарников М.А. Обращения граждан как важнейший канал информации о качестве медицинского обслуживания. Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2012; 8: 3—8.

2. Рузиева С.Ю., Маруфи.Ф.А Мотивация и психоэмоциональное состояние медицинских сестер, работающих в стоматологической поликлинике Журнал молодых ученых 2021. - № 1. - С. 270-272

3. Рузиева С.Ю. Роль медицинских сестер стоматологической клинике, журнал Медицина и инновация - 2021. - № 1. - С. 95-98.

ПСИХИЧЕСКИЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ФАКТОР РИСКА У ПОДРОСТКОВ

Мансуров О.У., Рузиева С.Ю.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация: Существуют доказательства наличия общих путей в развитии проблем ПП, причем определенные подгруппы подростков подвержены большему риску. В настоящей статье были выделены риски, которые значительно отличались друг от друга по большинству социально-экологических факторов и защитных факторов. Индивидуальные сравнения выявить различия между группой низкого социально-экологического и группой среднего и высокого социально-экологического риска в употреблении алкоголя в течение жизни, курении, а также в интернациональных и экстра национальных проблемах. По сравнению с людьми других возрастных категорий у подростки сейчас чаще сталкиваются с рядом психических, эмоциональных и поведенческих проблем (ПП), таких как употребление психоактивных веществ, интернациональными и экстра национальными проблемы.

Актуальность: Последние данные свидетельствуют о том, что подростки чаще сообщают о более высоких показателях определенных проблем по сравнению с другими. При изучении психологических последствий, составляющих проблемы, подростки сообщают о самой высокой распространенности "чувства грусти или безнадежности", "серьезных мыслей о попытке самоубийства", "попыток самоубийства один или несколько раз" или "составления плана о том, как они попытаются совершить самоубийство". Психические, эмоциональные и поведенческие проблемы (ПП), такие как употребление психоактивных веществ (запрещенных наркотиков, сигарет и алкоголя) а также интернациональные и экстра национальные проблемы, являются важнейшими проблемами общественного здравоохранения, с которыми сталкиваются подростки. Уменьшение этих патологий в здоровье может быть достигнуто путем воздействия на общие факторы риска и защитные факторы, связанные с развитием многочисленных проблем, такие как употребление психоактивных веществ и интернациональных/ экстра национальных проблем. На самом деле, многие предотвратимые причины смерти имеют общие пути развития с аналогичными факторами риска и защитными факторами, влияющими на многочисленные исходы. Было установлено, что факторы риска и защитные факторы или процессы на различных уровнях влияния (например, семья, школа и сверстники) прямо или косвенно связаны с многочисленными проблемами. Например, плохое функционирование семьи связано с более частым употреблением психоактивных веществ. Также было установлено, что другие социально-экологические факторы, такие как функционирование школы, отношения со сверстниками и аккультурация, связаны со многими из этих же результатов.

Цель исследования: Социально-экологического риска и поведенческие проблемы у подростков в употребление психоактивных веществ, алкоголя в

течение жизни, курении, а также в интернациональных и экстранациональных проблемы.

Материалы и методы исследования: В данном исследовании будет использовано оценивание - семейного вмешательства, ранее признанное эффективным в профилактике и снижении рискованного поведения и употребления психоактивных веществ среди подростков. Рандомизированное контролируемое исследование представить собой исследование эффективности на выборке более 100 подростков и их основных родителей(опекунов), а второе рандомизированное контролируемое исследование представить собой исследование эффективности на универсальной выборке более 300 подростков и их родителей (опекунов). Для участия в обоих исследованиях подростки должны будут учиться в седьмом классе на начальном этапе, жить с родителями, проживать в районах охвата участвующих средних школ на протяжении всего исследования. Участники будут набраны из 30 средних школ. Измерения будут основываться на ответах опросов, проводимые с подростками. Участникам будет предложено выбрать, на каком языке они хотят заполнить опросник - русском или узбекском.

В данном исследовании мы будем стремиться:

1) определить подгруппы подростков на основе социально-экологических факторов риска и защитных факторов (например, позитивное воспитание, участие родителей в школьном образовании) .

2) определить, различаются ли проблемы (употребление психоактивных веществ, рискованное поведение и интернациональные/ экстранациональные проблемы) по подгруппам. Для этого мы сначала определим подгруппы подростков на основе социально-экологических факторов риска и защитных факторов с помощью анализа.

Во-вторых, для оценки различий между подгруппами по тем социально-экологическим факторам мы используем анализ тестов для вовлеченности родителей в школьную жизнь. Для каждого из социально-экологических факторов будут проведены отдельные модели.

В-третьих, для оценки взаимосвязи между классами социально-экологического риска и проблемами используем трехступенчатый метод. В этом трехэтапном методе сначала будет оцениваться классы с использованием социально-экологических факторов риска и защитных факторов, затем создается переменная, содержащая наиболее вероятный класс из апостериорного распределения, и, наконец, эта переменная наиболее вероятного класса репрессируется на каждый из исходов.

Результаты и обсуждение: В этом исследовании будет использоваться личностно-ориентированный подход для оценки влияния социально-экологических факторов риска на различных уровнях воздействия на широкий набор результатов у подростков, включая употребление психоактивных веществ, рискованное половое поведение и интернациональные и экстранациональные проблемы. Результаты покажут подгруппы подростков, которые значительно различаются по уровню социально-экологического риска, и что проблемы

различаются по этим группам. Данного исследования выявить подгруппы подростков на основе социально-экологических факторов риска и защитных факторов, определить, различаются ли и в какой степени употребление психоактивных веществ, рискованное половое поведение, а также интернациональные и экстранациональные проблемы в этих подгруппах.

Заключение: Эти результаты дополнить наше понимание общих факторов риска и защитных факторов, позволяя предположить, что некоторые проблемы могут быть связаны с общими путями развития. Применение личностно-ориентированного подхода позволить нам выделить однородные группы подростков на основе характеристик риска и защитных характеристик на нескольких уровнях влияния. Поскольку факторы риска и защиты в семье, среди сверстников, в школе и в районе часто влияют друг на друга, чтобы повлиять на результаты, использование этих факторов вместе позволить нам оценить общий риск для отдельных людей. Этот личностно-ориентированный подход также позволить выделить группы подростков, подверженных более высокому или более низкому социально-экологическому риску, и продемонстрировать, что у тех, кто подвержен более высокому риску.

Литературы

1. Achenbach T, Edelbrock C. Manual for the child behaviour checklist. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
2. O'Connell ME, Boat T, Warner KE. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. Washington, DC: National Academies Press; 2009.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance – United States 2011. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2011;61(4):1–162.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Diagnoses of HIV infection among adolescents and young adults in the United States and six dependent areas, 2010–2014. HIV Surveillance Supplemental Report. 2016;21(3):1–58.
5. Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. Developmental Review. 1992;12(4):374–390.
6. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by design and nature. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
7. Prado G, Huang S, Maldonado-Molina M, Bandiera F, Schwartz SJ, de la Vega P, Pantin H. An empirical test of ecodevelopmental theory in predicting HIV risk behaviors among Hispanic youth. Health Education & Behavior. 2010;37(1):97–114.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИЕМА ВРАЧА ПУТЕМ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЗАПИСИ К СПЕЦИАЛИСТУ

Улмасбеков А., Хошимов А.

Ташкентская Медицинская Академия

Система преждевременной записи к специалисту представляет собой важный элемент цифровизации здравоохранения, который имеет потенциал повысить эффективность медицинского обслуживания. Однако, несмотря на

осведомленность многих специалистов о преимуществах такой системы, ее внедрение часто сопровождается рядом трудностей, включая адаптацию пациентов к новой системе и возможное снижение продуктивности в начальный период. Цель данного исследования заключается в демонстрации эффективности цифровизации организации здравоохранения через внедрение системы преждевременной записи к врачу. Результаты исследования представляют собой статистические данные, подтверждающие преимущества данного подхода как для пациентов, так и для медицинского персонала. В ходе исследования были проведены сравнительные анализы статистических данных из национальных и зарубежных источников, где уже успешно функционируют системы записи к специалистам. В частных клиниках Olam, Darmon Servis где уже действует система записи, а также в ТашМИ и городской больнице были проанализированы показатели, такие как время ожидания на прием, удовлетворенность пациентов, эффективность работы медицинского персонала и экономические результаты. Было установлено, что более 95% пациентов в частных клиниках были удовлетворены сервисом, в то время как эта цифра составила 60 % в государственных учреждениях. Санитарно-эпидемиологическая ситуация и удовлетворённость врачей соответственно показали хорошие результаты в частных клиниках. На основании представленных данных можно сделать вывод о том, что внедрение системы преждевременной записи к врачу является эффективным способом усовершенствования здравоохранения. Статистические данные подтверждают эпидемиологические, экономические и психологические преимущества такого подхода, что делает его оптимальным выбором для улучшения организации медицинского обслуживания в различных учреждениях здравоохранения.

Литература:

1. Белова, Е. В. (2019). Цифровизация здравоохранения как фактор развития медицинского образования. *Здоровье и образование в XXI веке*, 21(2), 52-55.
2. Волков, А. В., Смирнова, Е. В., & Корнеева, Е. А. (2017). Организация медицинских услуг в системе городской поликлиники. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*, (2), 159-166.
3. Гребенюк, А. Н. (2018). Особенности внедрения системы записи на прием к врачу на базе информационно-аналитического модуля в условиях поликлиники. *Управление здравоохранением: качество и экономика*, (5), 28-31.
4. Зайцев, М. П., Гордеева, Е. В., & Заболотская, М. В. (2020). Электронные очереди в поликлинике: организация и эффективность использования. *Сибирский вестник гигиены и экологии*, 27(3), 312-317.
5. Кузнецова, А. И., Шишкин, В. Г., & Голубев, А. И. (2017). Опыт внедрения и использования информационных технологий в медицинских учреждениях. *Управление здравоохранением: качество и экономика*, (5), 12-17.

**СУРУНКАЛИ ЖИГАР КАСАЛЛИГИНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ
ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАХЛИЛИ**

Уринов А.М.

Тошкент тиббиёт академияси

Дунёда сурункали жигар касалликлар, айниқса, сурункали вирусли гепатит ва жигар циррозини даволаш, уларнинг оқибатларини олдини олиш тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб қолмоқда. Жигар касалликларининг профилактикаси ва диагностикаси, даволаш усуллари ривожланишига қарамасдан ушбу хасталиклардан ўлим кўрсаткичлари етакчи ўринларни эгаллаб келмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотиغا кўра «барча касалликлар ичида жигар циррозидан ўлим ўнинчи ўринда туради». Сурункали жигар касалликлари билан оғриган беморларни даволаш жараёни катта моддий харажатларни талаб этади. Бу нафақат даволаш учун сарфланадиган харажатлар, балки билвосита харажатлар бўлиб, улар вақтинчалик меҳнат қобилиятини йўқотиш билан боғлиқдир. Жигар циррози ўлимга олиб келувчи овқат хазм қилиш аъзолари хасталиклари орасида биринчи ўринни эгаллайди.

Илмий ишимизнинг асосий мақсади жигар циррози касаллигини келиб чиқишида ижтимоий-гигиеник хавф омиллари ўрганиш бўлди. Бунинг учун беморлар орасида махсус тузилган анекта-сўровномалар орқали уларнинг ижтимоий ҳолати ўрганилди. Аҳоли орасида кекса ёшдаги одамлар улушининг ошиши билан жигар шикастланган беморлар сонининг кўпайиши ҳақида айтиб ўтилган.

Бизнинг тадқиқотларимиз натижалари ҳам аксарият ҳолларда катта ёшдаги беморларда жигарларнинг шикастланиш даражаси юқори эканлигини кўрсатмоқда. Хусусан 18 ёшдан 39 ёшгача бўлган беморлар эркаклар орасида 17,3% ни, аёллар орасида эса 16,9% ни, 40 ва ундан катта ёшдаги беморлар мос равишда 82,6 ва 93%ни ташкил қилди. Маълумоти ва ижтимоий ҳолати юқори даражада бўлган беморлар ўртасида олиб борилган профилактик чора-тадбирларнинг самарадорлиги маълумоти ва ижтимоий шароити паст бўлган беморлар ўртасида ўтказилган тадбирлар самарасидан бироз юқорилигини инобатга олган ҳолда беморларнинг маълумотлилиқ даражаси ва ижтимоий ҳолати таҳлил қилинди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 2/3 қисми ўрта маълумотли, деярли 1/3 қисми олий маълумотли. Икки нафар беморда тугалланмаган ўрта маълумот аниқланди. Кузатув остидаги беморларнинг 44,8% меҳнат қобилиятини йўқотган, 21,9% ишсиз ва 33,3% муқобил иш жойига эгаллиги қайд қилинди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг жигар циррози билан касалланиш давомийлигини таҳлил қилганимизда, касалликни 1 йилгача бошидан кечираётганлар ҳар иккала жинс вакилларида деярли бир хил кўрсаткични олдик – 11,6% (аёлларда – 5 нафар, эркакларда – 6 нафар). 2-3 йил давомида даволанаётган аёллар эркакларга нисбатан камроқни (4%га) ташкил қилган бўлса, 4 йилдан ортиқ вақт давомида касаллик билан азият чекаётган эркаклар аёлларга нисбатан кўплиги (25%га) аниқланди. Инсонларда ҳар қандай касалликнинг ривожланишида ирсий омилнинг аҳамияти катта. Сўровнома

асосида аёл беморларнинг яқин қариндошлари орасида ЖШ нинг мавжудлиги бўйича эркак беморлар кўрсаткичи билан бир хил (12%) эканлиги аниқланди. Илмий изланилишларимиз давом этмоқда.

УПРАВЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИМИ РИСКАМИ В ЛАБОРАТОРИЯХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИИ

Утепов П.Д., Ризаев Ж.А., Тухтаров Б.Э.

Южно-Казахстанская медицинская академия

Самаркандский государственный медицинский университет

Введение: Основополагающими мерами по биологической безопасности и биологической защиты в условиях лаборатории направлены на защиту персонала и населения, а также окружающую среду от непреднамеренного воздействия или высвобождения патогенных биологических агентов (далее – ПБА). Данные мероприятия осуществляется с использованием системы оценки биологического риска и посредством развития личностной культуры безопасности специалистов. Организация системы управления биологическими рисками в условиях микробиологических лаборатории регламентирована международными и национальными требованиями, а также стандартами действия. Имеющий инициативный профилактический характер и направлена на снижение риска воздействия опасных биологических факторов, связанные с обращением ПБА до их приемлемого или допустимого уровня [1,2].

В соответствии руководства ВОЗ по организации мер биобезопасности, система управления биологическими рисками в лабораторных условиях реализуется в 5 этапов: 1) сбор информации и идентификация биологического риска; 2) оценка биориска; 3) разработка стратегии мер контроля биориска; 4) реализация контрольных мер по снижению биориска; 5) оценка эффективности проводимых контрольных мер [3]. Внедрение, которых и их систематическое исполнение обеспечивает минимизацию вероятности и тяжести любого потенциального воздействия патогенного агента на персонал. Что определяет актуальность проведённой исследовательской работы по оценке применения медицинскими учреждениями системы управления биологическими рисками.

Цель исследования: Оценка внедрения и применения системы управления биологическими рисками в условиях лаборатории медицинских учреждениях.

Методы и материалы исследования: В работе применены методы эпидемиологического анализа системы управления биологическими рисками и оценка уровня знания персонала лаборатории посредством тестового контроля. Качество разработки и фактическое применения Руководства (программы) по биологической безопасности и уровня знания оценивалось по 4 бальной шкале, где процент исполнения и уровень знания от 90 до 100 % соответствовало оценке «отлично», от 80 до 89% оценке «хорошо», от 50 до 79% «удовлетворительно» и ниже 49 % оценено как «неудовлетворительно».

Результаты исследования: Национальные требования по управлению биологическими рисками, основываются на оценке рисков при проведении

рутинной чувствительной лабораторной процедуры и включает в себя оценку биорисков, на вероятности и серьезности последствий воздействия биологического агента, реализацию мер по улучшению ситуации и контроль эффективности мероприятия по снижению биологических рисков. Тем самым, внедрённая в Республике Казахстан Концепция управления биологическими рисками в микробиологических лабораториях медицинских учреждений (таблица 1) имеет риск – ориентированный подход и состоит из трех основных компонентов таких как: 1) оценка биологического риска; 2) системный контроль биологических рисков или меры по снижению биорисков; 3) оценка эффективности контрольных мер [4]. Где первый этап оценки рисков включает в себя; сбор и анализ информации об исследуемом биологическом агенте, а также биологическом материале, оценке вероятности воздействия патогене с учетом имеющихся контрольных мер и, наконец, определение уровня биологического риска. Процедура оценки биологических рисков документируется в виде Акта оценки биологического риска с заключением о допустимости или недопустимости биологического риска. В акте оценки биологических рисков должны быть описаны все процедурные шаги исследования с оценкой биологического риска для каждой процедуры.

Таблица 1

Система управления биологическими рисками

І этап оценка биологического риска	ІІ этап контроль биологических рисков	ІІІ этап оценка эффективности
Определение последствий биориска	Инженерно-технический	Ежедневный контроль
Определение вероятности биориска	Административный	Внутренняя оценка биориска
Определение уровня опасности	Применение средств индивидуальной защиты	Внешняя оценка биориска
	Обучение персонала	

На втором этапе полученные результаты оценки биологических рисков должны быть использованы для разработки мероприятий по снижению биологического риска до допустимого или приемлемого уровня, при котором обеспечиваются условия для защиты персонала и лабораторной среды от воздействия опасных биологических факторов. Все рекомендуемые меры по снижению биологических рисков, как имеющиеся, так и дополнительные, указываются в Акте оценки биологических рисков.

На третьем этапе проводится анализ эффективности мероприятий по снижению биологических рисков в виде внутренней и внешней оценки. Внутренняя оценка биологических рисков проводится лабораториями, осуществляющими деятельность по обращению с ПБА III-IV группы, а также II группы без накопления, для оценки качества результатов собственной деятельности. Внешняя оценка биологических рисков проводится государственными органами КСЭК МЗ РК в пределах своей компетенции [5].

Процедура оценки биологических рисков в лаборатории медицинских учреждений проводится на постоянной основе: – в случаях ввода в эксплуатацию новой лаборатории, новых лабораторных помещений, изменения перепланировки существующих помещений и их функционального назначения;

- при внедрении новых видов работ или лабораторной деятельности по обращению с ПБА, в отношении которой не проводилась оценка риска;
- при начале работы с использованием нового вида ПБА;
- при значительном изменении действующих лабораторных процедур, связанных с обращением ПБА.

Руководитель и ведущие специалисты лаборатории участвуют в оценке биологических рисков в соответствии с актуальными процедурами, а также оказывают всяческую поддержку специалисту по биологической безопасности в проведении оценки биологического риска. Помимо указанного руководство лаборатории ежегодно проводить внутренний аудит по соблюдению требований биологической безопасности и биологической защиты и оценку компетенции персонала.

Важнейшим инструментом и методическим пособием для каждой конкретной лаборатории является Руководство (программа) по лабораторной биологической безопасности и биологической защите, где описываются основные элементы программы биобезопасности и биозащиты и методология управления биологическими рисками.

Руководство по биологической безопасности должно включать следующие разделы: – ответственность руководства и персонала по соблюдению и контролю требованиям биологической безопасности и распределение их обязанностей;

- характеристика биологических патогенов и биологических материалов, с которыми будет работать лаборатория;
- методология оценки биологических рисков, описание лабораторных процедур;
- описание мер по снижению биологических рисков и их мониторинг;
- проведение внутреннего аудита по биологической безопасности и биологической защите;
- дезинфекционный режим лаборатории (помещения, отходы, защитная одежда и СИЗ, оборудование и инженерные системы);
- схема обращения медицинскими отходами, формирующими в лаборатории;
- транспортировка и прием биологического материала;
- порядок реагирования при авариях, ЧС и внештатных ситуациях;
- медицинское наблюдение за персоналом лаборатории.

При внедрении в деятельность лаборатории новых методов и методических приемов обращения с ПБА, требующих усиления мер по биологической безопасности, тогда в Руководство вносятся соответствующие дополнения.

Проведенная оценка деятельности 18 микробиологической лаборатории «Управления здравоохранения города Шымкента и Туркестанской области» за 2023 год показал – 100% внедрения в деятельность лаборатории систему

управления биологическими рисками (таблица 2). Где основным документом послужил ЗРК от 2022 года «О биологической безопасности Республики Казахстан» и «Практическое руководство по биологической безопасности в лабораторных условиях» ВОЗ от 2022 года 4 издание.

Таблица 2

Оценка системы управления биологическими рисками

Наименования мероприятия	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно
ответственность руководства и персонала по соблюдению, контролю и распределению обязанностей	96,6±2,1	83,2±1,5	84,6±2,3
характеристика биологических патогенов и биологических материалов, с которыми будет работать лаборатория	91,4±2,2	92,6±1,9	64,5±2,5
методология оценки биологических рисков, описание лабораторных процедур	94,6±2,5	79,4±1,2	73,2±2,8
описание мер по снижению биологических рисков и их мониторинг	95,2±2,7	90,6±1,4	67,5±2,6
проведение внутреннего аудита по биологической безопасности и биологической защите	90,9±2,5	86,7±1,6	81,6±2,2
дезинфекционный режим лаборатории	97,3±2,6	95,4±1,5	79,2±2,4
схема обращения медицинскими отходами, формирующими в лаборатории	98,5±2,1	89,6±1,3	68,3±2,5
транспортировка и прием биологического материала;	96,3±2,5	90,2±1,4	61,7±2,8
порядок реагирования при авариях, ЧС и внештатных ситуациях	98,6±2,7	79,6±1,7	56,4±2,2
медицинское наблюдение за персоналом лаборатории	92,4±2,2	89,1±1,3	52,6±2,3
Усреднённый показатель	(M±m) 94,7±2,5	(M±m) 87,2±1,2	(M±m) 68,5±2,3

Тем самым, показатель качество разработки и фактическое применения Программы по биологической безопасности n=18 наблюдаемых объектов в 5 (27,8%) лабораториях показатель деятельности оценено на «отлично» (M±m) 94,7±2,5 баллов. Соответственно в 10 (55,5%) лабораториях показатель деятельности оценено на «хорошо» (M±m) 87,2±1,2 баллов и в 3 (16,7%) лабораториях деятельности оценено на «удовлетворительно» – (M±m) 68,5±2,3 баллов.

Результаты оценки уровня знания, персонала лаборатории посредством тестового контроля указал на высокие показатели уровня знания всего специалистов. Тем самым уровень теоретических и практических знаний, умения и освоения навыков по программе биологической безопасности у 96 специалистов уровень знания с оценкой «отлично» составил – 90,5±4,3 баллов. Соответственно высоки уровень знания показали лица (n=21) с медицинским

образованием с оценкой «отлично» – ($M \pm m$) $92,8 \pm 5,4$ баллов. Показатель уровня знания у специалистов ($n=32$) с немедицинским образованием с оценкой «отлично» – ($M \pm m$) $91,5 \pm 6,2$ баллов и у специалистов ($n=43$) с высшим специальным медицинским образованием с оценкой «хорошо» – ($M \pm m$) $89,2 \pm 5,3$ баллов (рисунок 1).

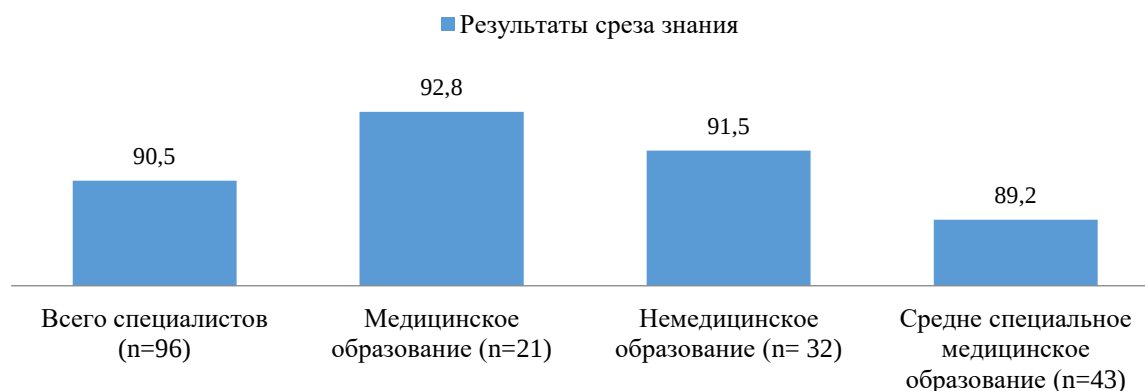


Рис. 1. Усвояемость образовательной программы

Выводы: В наблюдаемых лабораториях 100% внедрена система управления биологическими рисками, где деятельность 5 (27,8) лаборатории оценено на «отлично» ($M \pm m$) $94,7 \pm 2,5$ баллов, 10 (55,5%) лаборатории на «хорошо» $87,2 \pm 1,2$ баллов и 3 (16,7%) на «удовлетворительно» – $68,5 \pm 2,3$ баллов. Уровень знаний, умения и освоения навыков по программе биологической безопасности 96 специалистов лаборатории оценены на «отлично» – $90,5 \pm 4,3$ баллов.

Литература:

1. CWA 15793 Международный Стандарт по управлению за лабораторными биологическими рисками. 2008.
2. Salerno R., Gaudioso J. Laboratory Biorisk Management. Biosafety AND Biosecurity, New York: CRC Press, 2015. 229 p.
3. World Health Organization. Laboratory biosafety manual. Fourth edition. Geneva: WHO; 2020. 124 p.
4. Приказ МЗ РК от 5.11.2022 года № ҚР ДСМ-110 «Об утверждении методики управления биологическими рисками».
5. Индикаторы оценки биобезопасности лабораторий, работающих с опасными инфекционными агентами в Республике Казахстан // Т.К. Ерубаев, А.С. Есмагамбетова, Д.А. Турегелдиева и др. / Карантинные и зоонозные инфекции в Республике Казахстан, - 2019, - №2 (39), - С.145-150.

**НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА:
ИЗМЕНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УЗБЕКИСТАНА К 2030 ГОДУ**

Хамидов М.Н.

Ташкентская медицинская академия

Аннотация. В данной работе предлагается комплексная “Национальная стратегия” системы здравоохранения Узбекистана на период до 2030 года, направленная на изменение показателей здоровья населения страны. В диссертации анализируются существующие проблемы, предлагаются научно обоснованные решения и определяются цели, которые могут быть достигнуты для улучшения результатов в системе здравоохранения к 2030 году.

Ключевые слова: Национальная стратегия развития системы здравоохранения, изменения в здравоохранении, показатели здоровья, всеобщее медицинское страхование.

Введение. Узбекистан, как и многие развивающиеся страны, сталкивается с проблемами в системе здравоохранения, что сказывается на результатах в области здоровья населения. Данный тезис исследует современное состояние здравоохранения в Узбекистане, выявляет его сильные и слабые стороны. Затем была сформулирована стратегия национальной системы здравоохранения на 2030 год, направленная на решение этих проблем и улучшение здоровья всех граждан.

Цель. Основной целью данного исследования является разработка комплексной стратегии национальной системы здравоохранения Узбекистана на 2030 год. В этой стратегии рассматриваются важные области, требующие улучшения для обеспечения справедливого использования качественной системы здравоохранения и улучшения общего состояния здоровья населения.

Материалы и методы: это исследование основано на многогранном подходе, в том числе:

Обзор литературы: анализ существующих исследований, правительственных отчетов и политических документов по системе здравоохранения Узбекистана и связанных с ней международных передовых практик.

Анализ данных: использование имеющихся медицинских данных Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и международных организаций для оценки текущих тенденций в области здравоохранения и определения областей с высокой потребностью.

Рекомендации: на основе результатов диссертация разрабатывает научно обоснованные рекомендации по национальной стратегии здравоохранения:

Усиление внимания к системе первичной медико - санитарной помощи: расширение доступа и качества услуг первичной медико - санитарной помощи для формирования основы надежной системы здравоохранения.

Улучшение финансирования здравоохранения: изучение механизмов устойчивого финансирования для обеспечения справедливого доступа к жизненно важным медицинским услугам.

Инвестирование в человеческие ресурсы: поощрение развития, обучения и стратегии преодоления текущих пробелов в медицинском персонале.

Содействие оздоровительным мероприятиям: разъяснение профилактических и медицинских мер по борьбе с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

Улучшение инфраструктуры здравоохранения: модернизация и расширение медицинских учреждений различного уровня для удовлетворения растущих потребностей.

Технология использования: использование цифровых медицинских решений для улучшения информации, связи и обслуживания.

Заключение. В данном тезисе представлена комплексная и практическая стратегия национальной системы здравоохранения Узбекистана до 2030 года. Реализуя предложенные рекомендации, будет достигнуто значительное улучшение деятельности здравоохранения Узбекистана, что приведет к положительному росту показателей здоровья населения и системы здравоохранения к 2030 году.

Литература:

1. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7859-47627-70163>
2. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7859-47627-70163>
3. <https://lex.uz/docs/3846720>
4. <https://www.who.int/countries/uzb>
5. World Health Organization (WHO). European Health Systems: Progress on Health and Well-being, 2023.
6. The Lancet. Primary health care systems in transition: a framework for analysis. 2010. [Relevant academic journal article on primary healthcare systems]
7. The World Bank. Health Financing in the Eastern Europe and Central Asia Region: An Update. 2019. [Relevant report on healthcare financing in the region]
8. Bulletin of the World Health Organization. Human resources for health: overcoming the crisis. 2006. [Relevant report on healthcare workforce development]
9. Public Health Reviews. Effectiveness of public health interventions for the control of non-communicable diseases: a systematic review. 2017. [Relevant article on the effectiveness of public health interventions]
10. Health Policy. The impact of healthcare infrastructure development on health outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review. 2019. [Relevant article on the impact of healthcare infrastructure development]
11. Journal of Medical Internet Research. The potential of digital health interventions to
12. Additional relevant academic journals and reports on the Uzbek health system and healthcare transformation strategies.

МЕДИЦИНСКИЙ МАРКЕТИНГ И РЕКЛАМА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Эралиева М.Б. Азимов Р.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

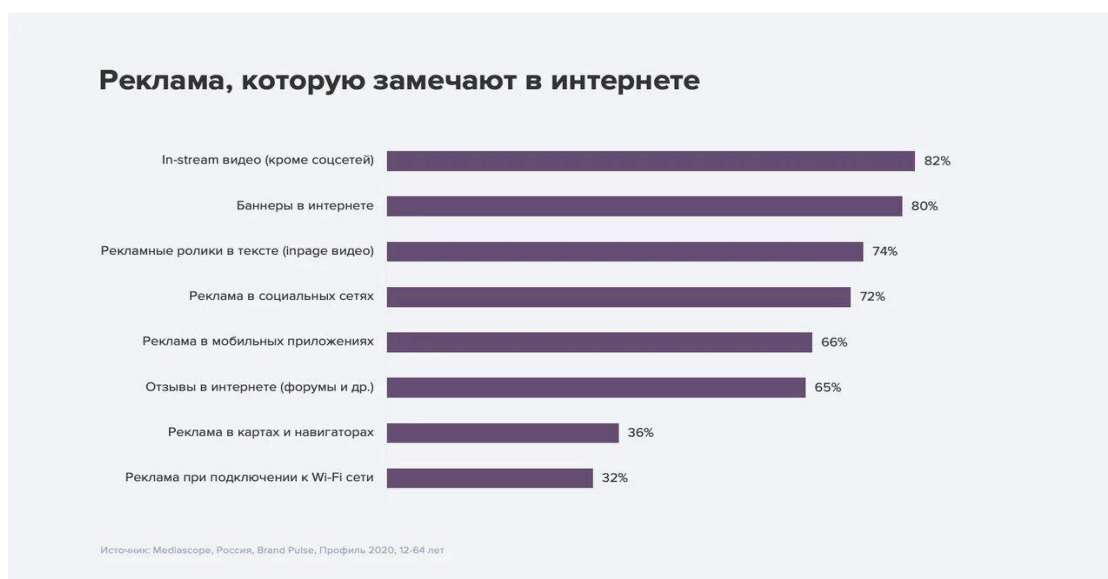
В последние годы все более актуальным и эффективным становится онлайн-или digital-маркетинг, то есть продвижение в интернете. Однако высокая конкуренция, борьба за внимание пациентов и медицинская специфика сформировали особые условия маркетинга.

Зачем нам нужен медицинский маркетинг?

1. Привлечение новой аудитории. Самый сложный шаг с учетом конкуренции и разнообразия направлений.
2. Работа с лояльностью пациентов для выстраивания крепких и долгосрочных отношений. Взаимодействовать с аудиторией на всех этапах процесса, начиная с первых симптомов до повторных визитов.
3. Бренд. Расширение и масштабирование охвата в продвижении медицинской клиники играет особую роль.
4. Прямые продажи - новые доходы. Если речь идет о препаратах, то важно выбрать безрецептурные и с указанием противопоказаний, в ином случае такой товар не подлежит масштабной продаже.
5. Охват аудитории на рынке и путь к новым возможностям. Комплексной задачей сервиса телемедицины является вывоз на рынок новейших товаров и оказание услуг.

Цель маркетинга — максимизация качества жизни. Маркетинг не только должен обеспечивать количество, качество, разнообразие и доступность товаров по приемлемым ценам, но также и качество культурной и физической среды обитания людей.

Чем больше активности в Интернете, тем крепче позиция и выше лояльность пациентов.



Отличие рекламы в медицине от других отраслей – прямое воздействие на здоровье человека. При размещении медицинской рекламы нужно руководствоваться принципом «НЕ НАВРЕДИ». Продвигая среди целевой аудитории товары и услуги, он, по сути, предлагает «купить» здоровье.

Ключевые особенности: выбор целевой аудитории, создание уникального бренда и использование эффективных каналов коммуникации, постоянное изучение отзывов пациентов и конкурентной среды, анализ информации о прошедших кампаниях и поиск новых техник продвижения, отвечающих текущим трендам на рынке здравоохранения.

Качественный маркетинг медицинских услуг - залог успеха и незаменимый атрибут медицинского бизнеса.

Гигиена. Медицинская экология

PROMOTING A HEALTHY LIFESTYLE AMONG MEDICAL STUDENTS AT TASHKENT MEDICAL ACADEMY: RECOMMENDATIONS FOR BALANCING ACADEMIC DEMANDS WITH SELF-CARE

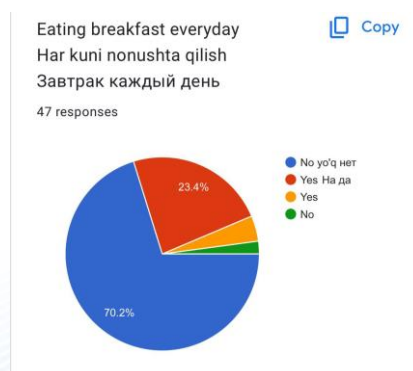
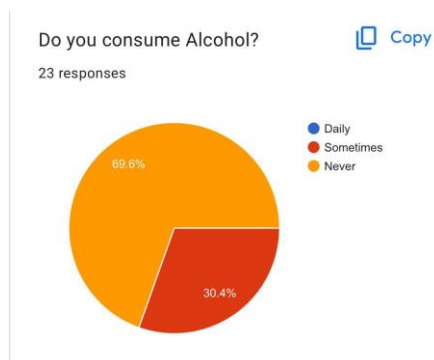
Saloni Sajid Maner, Arshaan Asif Shaikh, Imamova Akida

Tashkent Medical Academy

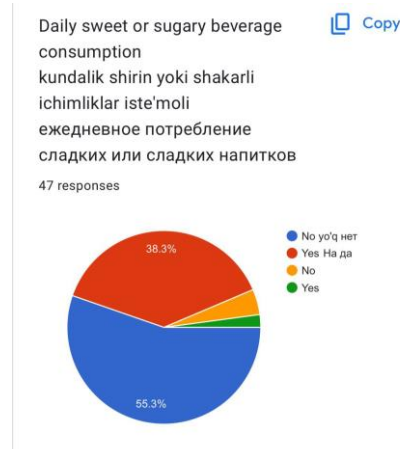
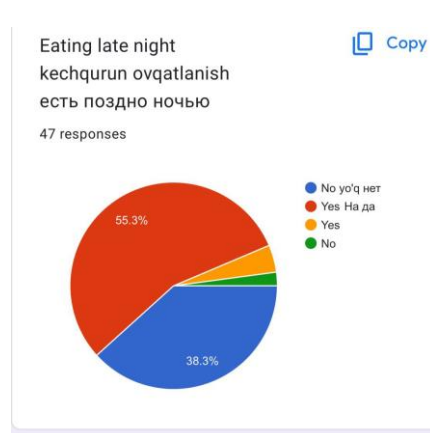
Abstract. This study highlights the challenges faced by medical students and maintaining their well-being and offer practical strategies to support a healthy lifestyle. By prioritising self-care practises, medical students can enhance their overall health and academic performance. Also aims to provide recommendations for promoting healthy lifestyle among medical students, focusing on strategies to manage academic demands while prioritising self-care.

Method. The online Google form studies conducted among undergraduate medical students at Tashkent medical Academy, Uzbekistan. Responses were analysed using Microsoft Excel software. The questions in the developed questionnaire were related to Socio-demographic variables, knowledge regarding healthy lifestyle, dietary habits and nutrition.

Results. A total of 47 students including 36.5% males and 63.5% females were studied. From 19 to 30 years of age, about 39.5% students had three regular meals, whereas 55.8% students had two regular meals and 4.7% students had more than three meals per day. 56.5%, students, consume sweet or sugary beverages daily. 62.2% students consume vegetable every day 60.4% students consumes fruits 1 to 3 days per week 14% students don't consume fruits. 25.6% students consume dairy products every day whereas 9.3% consume desserts every day. only 20.9% students eat breakfast every day 41.9% students consumes snacks and fast Foods 55.8% students eat late night 64.5% students do not take any kind of supplement 58.1% students had no fixed mealtime. only 19% students are interested in following good dietary habits, 42.6% students do not get enough sleep about 29.8% students' workout daily 34% students feel overweighted. 7.8%, students suffer headache, and 6.1% students also take painkillers. Only 36.2% students follow every day planned exercise program. About 27.7%. Students participate in daily extra-curricular activities like dancing, cycling,



walking and swimming. 25. 5% students read for labs students sometimes also consume alcohol and smoke cigarettes.



Conclusion. Medical students face numerous challenges including heavy academic workload, long study hours, sleep deprivation and exposure to emotionally demanding clinical experiences. These factors can contribute to burnout, depression, anxiety and other mental health issues among students. Additionally, the pressure to excel academically may lead to neglect of personal health, nutrition and physical activity.

Recommendations

Educational initiatives: integrate wellness, education into the medical curriculum to raise awareness about the importance of self-care and stress management. Offer workshop, seminars and courses on topic such as mindfulness, time, management, resilience and work life balance.

Physical activity: incorporate regular physical activity into your routine such as cardio strength, training, or to improve physical fitness and reduce stress. Get enough sleep each night to support cognitive function, mood, regulation and overall health.

Nutrition and healthy eating: prioritise a balanced diet rich in fruits, vegetables, whole grains, lean proteins and healthy fats to support overall health and well-being. Stay hydrated by drinking an adequate amount of water throughout the day to support bodily functions and cognitive performance. Encourage mindful eating habits and discourage excessive consumption of caffeine and junk food.

Self-care practises: mindfulness and meditation practises involve focusing once attention on the present moment. Cultivating awareness of thoughts and emotions and developing a non-judgemental attitude towards experiences.

Regular mindfulness and meditation practises can have a positive impact on various aspects of health. One of the key benefits is stress reduction, help individual manage stress more effectively by promoting relaxation and reducing the physiological response to stressors. This can lead to lower levels of cortisol, the stress hormone and improved overall resilience to stress. Furthermore, mindfulness and meditation have been linked to improve mental health outcomes such as reduced symptoms of anxiety and depression. These practises can help individual cope with negative emotions and

develop more positive outlook on life in terms of physical health, mindfulness and meditation have been associated with lower blood pressure, improved immune function and better sleep quality, these practises can also support healthy lifestyle behaviour such as mindful, eating and regular physical activity by promoting self-control and awareness of one's body and its need. Overall incorporating this into daily routines can contribute to holistic approach to health and well-being by cultivating mindfulness and students can enhance her ability to go with stress management, emotions, and make healthy lifestyle choices, ultimately leading to a more balanced and fulfilling life.

Deep breathing exercises and engaging in hobbies to reduce stress levels and promote mental well-being.

Maintain social connections with friends, family and peers to foster a sense of community and support system.

Seek professional help and counselling if, experiencing mental health issue or higher levels of stress.

The first sign of disease is not DIABETES CANCER HEART ATTACK. The first sign of disease is lack of sleep, bloating, gut issues, sugar cravings, weight gain, no joy, phone addiction, no sunlight, irritability. It's the smaller issues that add up to huge diseases.

Start small, change today!!

Reference

1. Level of physical activities, sleep quality and use of personal protective equipment of students at Wrocław medical university during the COVID-19 pandemic. By Aureliusz Andrzej Kosendiak , Bartosz Adamczak, Sylwiusz kontek, Zofia Kuznik, Michal Roman, Michal Gostkowski, Arkadiusz Niedziolka Int. J. Environment. Res. Public health 2023, 20(3), 2406
2. The risk of noncommunicable diseases (NCDs) in relation to dietary habits among medical students at Tashkent medical Academy, Uzbekistan. By Arshaan Asif Shaikh, Saloni Sajid Maner, Imamova Akida Obidjon kizi , Obloqulov Anvar Gulom ugli.
3. Bu, liping, and Elizabeth fee. “ food hygiene and global health”. American journal of public health 98, no.4 (April 2008): 634-35.
4. Kushwaha, Sandeep. “Practices of health and hygiene.” IP journal of nutrition, metabolism and health science 5, no 2 (July 15,2022): 36-37
5. Metabolic disease - A challenge for public health in the 21st century. By Anna Garu's- Pakowska. International journal of Environ. Res. Public health 2023, 20(18), 6789.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ, ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И СТАТИСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Ашурбоев Ф.А., Саломова Ф.И., Хакимова Д.С.

*Ташкентская медицинская академия,
Казанский государственный медицинский университет
(совместная образовательная программа)*

Аннотация. Была проведена гигиеническая и статистическая оценка карантинных мер, связанных с пандемией коронавируса, в отношении того, занимались ли подростки физическими упражнениями, входящими в повестку дня, и изучалось здоровье учащихся. В исследовании приняли участие 203 ребенка и подростка в возрасте от 14 до 18 лет, обучающиеся в 8-11 классах средней общеобразовательной школы № 18 города Ангрен Ташкентской области.

Ключевые слова. COVID-19, повестка дня подростков, традиционное образование, дистанционное обучение, состояние здоровья.

Актуальность. COVID-19, также известный как коронавирус, представляет собой инфекционно - вирусное заболевание, передающееся воздушно - капельным путем, и 30 января 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила эту эпидемию чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения международного значения, а 11 марта - пандемией. Вирус вызвал пандемическую ситуацию во всем мире, когда он стал более выраженным во всех странах, и в результате этого многие учреждения, а также общеобразовательные средние школы внезапно потребовали перевода продолжительности обучения на дистанционный режим и продолжения занятий почти всех детей только дома, никуда не выходя. В качестве конкретной информации можно указать, что были приняты общенациональные меры по закрытию школ, затрагивающие детей и подростков в 188 странах. Это в определенной степени негативно сказалось на повестке дня и состоянии здоровья всех слоев населения. Таким образом, пандемия COVID-19 привела к крупнейшему отключению систем образования в истории, затронув почти 190 миллиардов учащихся [1]. Дети и подростки также сталкиваются с определенными проблемами, в зависимости от их возраста и того, как они реагируют на COVID-19, а также от мер профилактики заболевания[2].

Цели и задачи. Гигиеническая, физиологическая и статистическая оценка участия подростков, физкультурно-спортивной деятельности в период карантина. Правильное физическое развитие во время пандемии.

Объект и методы исследования. Средняя общеобразовательная школа № 18 города Ангрен Ташкентской области с 8 по 11 класс т. е. на основе анкетной анкеты оценивалась повестка дня и состояние здоровья детей и подростков в возрасте от 14 до 18 лет. В ходе опроса были получены и проанализированы ответы на письменные анкеты с повесткой дня и состоянием здоровья 203 школьников в возрасте от 14 до 18 лет, в том числе 87 мальчиков и 116 девочек.

Результаты. В первых вопросах опроса особое внимание уделялось физическому развитию детей и подростков во время пандемии, что побудило учащихся спросить: “В какую часть дня вы занимались физическими упражнениями?” можно увидеть, что 59,6% подростков выполнили в начале дня, 15,6%-в середине дня и 24,8% - в конце дня. Это означает, что подавляющее большинство учащихся занимались физкультурой по утрам, что является одной из основных причин, по которой в традиционном образовании время, необходимое ученикам, чтобы добраться из дома в школу, составляет от 20 до 50-60 минут. Но, учитывая тот факт, что учащиеся не ходили в школу во время пандемии, они делали это вовремя, а не торопились с утренними физическими упражнениями в указанные выше промежутки времени.

Изучалось, какие виды физических упражнений выполняли учащиеся, участвовавшие в опросе. Согласно анализу, мальчики чаще занимались простыми физическими упражнениями на дому (27%), тхэквондо (17%), кураш (17%), бегом (19%) и даже футболом (20%), в то время как девочки чаще занимаются бегом (54%), физическими упражнениями (22%), волейболом (15%), гимнастика (9%) были заняты спортивными упражнениями. Также следует отметить, что во всех вышеперечисленных видах спорта учащиеся регулярно занимались в традиционном образовании. Однако в дистанционном обучении любимые виды спорта выполнялись дома с членами семьи, не бросая их.

Вывод. Результаты показывают, что среди школьников, страдающих пандемией, наблюдались как отрицательные, так и положительные изменения в их распорядке дня, состоянии здоровья и психическом развитии, а также в том, как они ежедневно занимаются спортом. В частности, именно неспособность подростка заниматься различными командными видами спорта и стала причиной внезапной остановки занятий в спортивных кружках, где он регулярно учился и занимался. Но именно главными положительными сторонами карантина стало то, что почти 60% подростков выполняют критерии утренней физкультуры, находятся вместе с семьей, а также то, что дети и подростки чувствуют родительскую привязанность ближе. Конечно, эти повороты вызвали изменение многих процессов в их жизни, оказав огромное влияние на их здоровое, психологическое и физическое развитие.

Литература:

1. COVID-19 и дети <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/covid-19-and-children>
2. ЮНИСЕФ: Влияние COVID-19 на ухудшение психического здоровья детей и молодежи – это только «верхушка айсберга» <https://www.unicef.org/eca/ru/Press-relizy/yunisef-vliyaniye-covid-19-na-uxudsheniye-psixicheskogo-zdorovya-detey-i-molodeji-eto-tolko>
3. Salomova F., Hakimova D., Yarmuxamedova N. Conditions of education and health status of pupils at schools// Journal of critical reviews ISSN- 2394-5125 VOL 7, ISSUE 09, 2020

ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Сайдалиев М.Н., Бекбосынова Ф.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация: Гигиена полости рта — это комплекс мер, направленных на удаление зубных отложений с целью профилактики стоматологических заболеваний. Качество чистки зубов оказывают более благоприятное воздействие на ткани зубов и слизистую оболочку полости рта нежели их частота проведения. Мотивируя детей к правильной и своевременной чистке зубов, мы улучшаем здоровье полости рта у населения.

Ключевые слова: стоматология, гигиена, мотивация, зубная щетка.

Цель. Определить важность гигиены полости рта у детей раннего школьного возраста для укрепления здоровья зубов и слизистой оболочки полости рта

Материалы и методы исследования. В данном исследовании проводилось анализ научно-методической литературы для глубокого изучения вопроса о мотивации гигиены полости рта у младшего школьного возраста и виды гигиены

Результаты. Распространенность кариеса временных зубов у детей в возрасте 6 лет составляет 70%, а постоянных зубов — 44%. Известно, что постоянные зубы у детей прорезываются с незаконченной минерализацией эмали. Окончательное созревание эмали наступает через два-три года после прорезывания зуба. Соответственно, эмаль постоянных зубов у детей в течение длительного времени остается слабо минерализованной, и поражение постоянных зубов кариесом часто начинается сразу после их прорезывания [1].

Низкий уровень гигиены, особенно в период сменного прикуса, когда происходит прорезывание постоянных зубов с незаконченными процессами минерализации, занимает лидирующее место по кариесогенному воздействию на твердые ткани зубов у детей. Соответственно, качественная ежедневная гигиена полости рта является необходимым. И тут возникает вопрос: как мотивировать ребенка тщательно чистить зубы ежедневно два раза в день? Исследования показали, что стандартные профилактические беседы и уроки гигиены зачастую оказываются неэффективными. Если данным способом и удавалось мотивировать ребенка на здоровую полость рта, то только на короткий срок [4,].

Мотивация — это процесс построения побуждения к действию. Различают внешнюю (экстринсивную) и внутреннюю (интринсивную) мотивацию. Внешняя мотивация — мотивация, не связанная с содержанием определенной деятельности, но обусловленная внешними по отношению к субъекту обстоятельствами. Внутренняя мотивация — мотивация, связанная не с внешними обстоятельствами, а с самим содержанием деятельности [2]

В последние годы на смену стандартным урокам гигиены все чаще приходит мотивационное интервьюирование. Мотивационное интервьюирование — это особая техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменений и выражает принятие клиента [6,].

Мотивационное интервью стоит проводить не только с детьми, но и с их родителями, так как именно от них зависит мотивация ребенка на правильную ежедневную гигиену полости рта. Следовательно, детскому стоматологу необходимо в первую очередь попытаться мотивировать родителей, а уже потом приступить к формированию мотивации у ребенка.

В данный момент на рынке представлено множество современных средств гигиены полости рта, которые также могут помочь стоматологам и родителям повысить мотивацию детей к гигиене полости рта. Ранее нами были опубликованы исследования, доказывающие безопасность и эффективность современных электрических зубных щеток для детей [7.]

Средства гигиены полости рта (СГПР) представляют собой сложную, многокомпонентную систему, в состав которой входят различные натуральные и синтетические вещества, предназначенные для оказания благоприятного профилактического и терапевтического воздействия на ткани полости рта. Средства гигиены полости рта должны быть подобраны с учетом возраста и стоматологического статуса пациента. К СГПР относятся [28]: зубные пасты, гели; зубные щетки; зубные порошки, порошки для обработки зубных протезов; интердентальные средства (флоссы, зубочистки); зубные эликсиры, ополаскиватели, дезодоранты для полости рта; таблетки для обработки зубных протезов, красящие таблетки для выявления зубного налета; жевательная резинка (лечебно-профилактическая); гигиеническая губная помада; отбеливатели для зубов.

С каждым годом профилактика стоматологических заболеваний становится всё более индивидуализированной [19]. Важным пунктом при составлении плана профилактики является индивидуальный подбор средств гигиены [20]. На данный момент существует множество современных средств гигиены, позволяющих начинать профилактику кариеса с момента появления у ребёнка первого зуба [17,18]. Среди широкого разнообразия средств гигиены, основными остаются зубная паста и зубная щётка. Современные зубные щётки можно разделить на две большие группы: мануальные зубные щётки и электрические зубные щётки. Более выраженная эффективность электрических зубных щёток в сравнении с мануальными доказана многими отечественными и зарубежными авторами [21]. Кроме того, электрические зубные щётки более просты в использовании. Благодаря специально разработанным насадкам для более эффективного удаления зубной бляшки, при чистке зубов электрической щёткой отсутствует необходимость совершать выметающие движения. Данные щетки имеют мощные моторы, которые позволяют совершать очищающие движения с гораздо большей скоростью, чем при использовании мануальной зубной щетки [22]. Встроенный таймер, рассчитанный на 2 минуты, и датчик давления, уменьшают вероятность травмирования твёрдых тканей зубов и десны. Рабочая часть электрических зубных щёток для детей имеет меньший размер и снабжена очень мягкой щетиной, что обеспечивает комфортное и безопасное очищение временных зубов и массаж дёсен [23]. Среди электрических зубных щеток выделяются щетки с вращающейся головкой, звуковые, ультразвуковые зубные

щетки и щётки, идущие в комплекте с интерактивным приложением. Наряду с этим, применение электрических зубных щёток стоит ограничить у пациентов с признаками стирания твёрдых тканей зубов, повышенной чувствительностью и воспалительными заболеваниями пародонта в период обострения [24]. Понимание преимуществ и знание всех возможностей детских электрических зубных щёток необходимо для врачей-стоматологов, так как последствия некачественной гигиены полости рта в период сменного прикуса могут иметь негативные эффекты на протяжении всей жизни [25]. Однако, в зарубежной, и в отечественной литературе отсутствуют данные о влиянии электрических зубных щёток на микробиологические параметры полости рта у детей [26]. Для качественной гигиены полости рта недостаточно правильно подобрать зубную щётку, необходимо знание правил чистки зубов и владение определёнными мануальными навыками. С целью улучшить процесс обучения детей правильной гигиене полости рта учёными были разработаны электрические зубные щётки, имеющие контролирующие функции в виде мобильных приложений. Подобные зубные щётки не только удаляют зубной налет, но и помогают повысить интерес ребёнка к процессу чистки зубов [27]. Более современные виды мобильных приложений используют фронтальную камеру смартфона, которая крепится к любой поверхности на уровне лица ребёнка. После начала процесса чистки зубов приложение определяет на какой челюсти и в каком из 4-х сегментов находится реальная зубная щётка. Некоторые приложения позволяют включать специальные режимы такие, как отбеливание, массаж дёсен или удаление налёта на языке. Также, существуют приложения, которые не требуют включения в момент реальной чистки зубов. Достаточно после проведения чистки синхронизировать приложение и зубную щётку для того, чтобы в режиме постфактум увидеть отчёт об эффективности гигиены полости рта.

Эффективным методом обучения гигиене полости рта является контролируемая чистка зубов [8]. Для привития стойких навыков чистки зубов необходимо формирование мотивации к гигиене полости рта. Этого можно достичь с помощью наглядной демонстрации зубных отложений при использовании специальных средств, содержащих красители [9.]. Пасты с индикатором зубного налета – современный и самый простой способ контроля чистки зубов, как в детском, так и в более старшем возрасте.

Один из краеугольных камней профилактики стоматологических заболеваний- гигиена полости рта. Наиболее эффективной и реально осуществимой стратегии борьбы с кариесом у детей раннего возраста является внедрение здоровых привычек гигиены полости рта и пропаганда методов ухода за зубами в домашних условиях.

Отсутствие специальных предметов и средств гигиены для маленьких детей в прежние времена не позволяло говорить о проведении чистки зубов детям до двух лет. На сегодняшний день ситуация изменилась: на рынке широко представлены средства и предметы гигиены, позволяющие начинать гигиенический уход за полостью рта ребенка с 4-месячного возраста. В связи с этим возникает необходимость в постоянном обновлении знаний врачей о

ассортимент предметов и средств гигиены полости рта, а также правила и особенности их применения. При первых признаках начала прорезывания зубов родителям можно начинать протирать десны и слизистую оболочку полости рта с помощью силиконовой щетки-напальчника или специальных салфеток и одноразовых напальчников. Протирания позволяют удалить с поверхности десен и зубов остатки любой жидкости. Параллельно происходит массаж десен малыша, что способствует уменьшению неприятных ощущений, связанных с прорезыванием зубов, и улучшению циркуляции крови. Кроме этого, салфетки и напальчники пропитаны 20-40% раствором ксилита, который стимулирует слюноотделение, повышает буферную емкость слюны и подавляет рост и размножение *Streptococcus mutans* [11]. Такими салфетками можно пользоваться и после полного прорезывания зубов для удаления налета и остатков пищи, когда чистки зубной щеткой невозможно.

После прорезывания первых зубов следует переходить на чистку с помощью зубной щетки. Требования к детским зубным щеткам: маленькая головка, удобная длинная ручка, мягкая искусственная щетина с закругленными кончиками. Большинство производителей детских зубных щеток выпускают их для соответствующего возраста. Процедура чистки зубов. Для проведения процедуры чистки зубов необходим хороший обзор и доступ к зубам ребенка. Также важна хорошая фиксация ребенка с целью предотвращения травмы. Очистка первых зубов и массаж десен можно делать, расположив малыша на пеленальном столике или коленях. В первом случае необходимо сделать «гнездышко» из подушек или полотенца вокруг головы ребенка для сохранения ее устойчивого положения, а свободной рукой придерживать руки ребенка. Во втором случае ребенка укладывают спиной на колени, его ножки располагаются по бокам взрослого, не позволяя ему отталкиваться. Свободной рукой взрослый имеет возможность придерживать ручки малыша, при этом родители и ребенок видят лица друг друга, что позволяет им свободно общаться. Можно дать в руки ребенку для отвлечения вторую зубную щетку или любимую игрушку. Когда ребенок становится старше, очень практично чистить ему зубы сразу после приема пищи, когда он сидит в детском стульчике. В ванной удобно чистить зубы ребенка находясь у него за спиной, поднимая свободной рукой верхнюю губу и фиксируя голову. Особое внимание родителей следует обращать на тщательное удаление зубного налета с придесневой области [12].

Если чистка зубов начинается в раннем возрасте, то, как правило, ребенок воспринимает ее как часть ритуала - спокойно и охотно. Бывают периоды, когда дети отказываются чистить зубы. В таких случаях помогут любые отвлечения: можно рассказать историю, спеть песню, представить щетку любимым героем мультфильма. Если ребенок наотрез отказывается чистить зубы, то можно перенести чистку в тот период, когда, например, будет идти мультфильм или интересная телепередача. В данной ситуации родители должны проявить изобретательность и творческий подход [13].

Все это будет работать при условии, что чистка зубов является неотъемлемой частью образа жизни родителей. Основным средством гигиены

полости рта у детей является зубная паста, поэтому стоматологи должны научить родителей разбираться в многообразии зубных паст, представленных на отечественном рынке. Зубные пасты для детей включают различные лечебно-профилактические добавки (ферменты, ксилит, экстракты трав, препараты кальция, фториды и др.), которые могут в той или иной степени способствовать удалению зубного налета и улучшению минерализации твердых тканей зубов. Однако клинические исследования, основанные на принципах доказательной медицины, подтверждающих роль в профилактике кариеса только фторидов, содержащих зубных паст [14,15,16].

Закключение: Результаты исследования пришли к выводу, что эффективное стоматологическое санитарное просвещение наряду с правильной практикой чистки зубов стало основным фактором в улучшении показателей количества налета и кровоточивости десен среди детей. И если привить детей к чистке зубов с раннего возраста, то ребенок проще воспринимает его как часть рутинной жизни- без сопротивления и охотой. Правильный подбор мотивации и средств гигиены полости рта у детей приводит к улучшению здоровья зубов и полости рта

Литература:

1. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2017. – 952 с
2. Иванников В. А., Монроз А. В. Волевая саморегуляция процесса мотивации // Психологические исследования. 2014. Т. 7. №35. С. 1. Ivannikov V. A., Monroz A. V. Volevayasamoregulyaciyaaprocessamotivacii // Psihologicheskieissledovaniya. 2014. T. 7. №35. S. 1.
3. Кисельникова Л. П., Бояркина Е. С., Зуева Т. Е., Мирошкина М. В., Федотов К. И. Динамика поражаемости кариесом временных и постоянных зубов у детей в возрасте 3-13 лет г. Москвы // Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. №3 (54). Т. XIV. С. 3. Kisel'nikova L. P., Boyarkina E. S., Zueva T. E., Miroshkina M. V., Fedotov K. I. Dinamikaporazhaemostikariesomvremennyh i postoyannyhzubov u detej v vozraste 3-13 let g. Moskvyy // Stomatologiyadetskogovozrasta i profilaktika. 2015. №3 (54). Т. XIV. S. 3.
4. González-Del-Castillo-McGrath M., GuizarMendoza J. M., Madrigal-Orozco C. A parent motivational interviewing program for dental care in children of a rural population // J Clin Exp Dent. 2014. №6 (5).
5. Weinstein P., Harrison R., Benton T., MA. Motivating mothers to prevent caries confirming the beneficial effect of counseling // JADA. 2006
- 6.[Храпаль А. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Пособие для социальных работников программ профилактики ВИЧ/ СПИД. – Киев, 2004
7. Кисельникова Л. П., Зуева Т. Е., Кружалова О. А., Кириллова Е. В. и др. Кариес современных зубов у детей раннего возраста: обоснование

этиопатогенетических подходов к профилактическому лечению // Стоматология детского возраста и профилактика. 2007. №2. С. 19-22

8. Журбенко В.А., Соприкина К.В. Значимость профессиональной гигиены полости рта в профилактике кариеса зубов у детей различных возрастных групп. В.А. Журбенко, К.В. Соприкина. В сборнике: Университетская наука: взгляд в будущее. Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 85- летию Курского государственного медицинского университета. В 2-х томах. Под редакцией В.А. Лазаренко. 2020; 229-232.

9. Зубарева Д.В. Сравнение эффективности применения индикаторов зубного налета для мотивации детей к гигиене полости рта. В книге: 75-я Итоговая научная конференция студентов Ростовского государственного медицинского университета. Сборник материалов. Ростов-на-Дону, 2021. С. 84-85.

10. Лебедева С.Н., Бондаренко Е.С., Песляк А.Ю. В сборнике: Актуальные вопросы стоматологии. Сборник всероссийской VI научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией Л.М. Железнова. Киров, 2022. С. 77-79

11. Shamsiyev A.M., Khusinova S.A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.

12. Ризаев Ж.А., Шамсиев Р.А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) // Вісник проблем біології і медицини, 2018. Т. 1. № 2 (144)

13. Шамсиев Р.А. Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы). // Journal of biomedicine and practice. 2 (2018). С. 32-36

14. Рустамов А.А., Рустамова Г.А. Сравнительный анализ современных методов лечения гиперестезии зубов

15. Юсупалиева К.Б.К. Оптимизация мероприятий, направленных на профилактику кариеса у детей

16. Tulkin Z., Nigora A., Azamat E. Improving the endodontic treatment of chronic apical periodontitis by delayed filling

17. Балуда, М.И. Электрические и мануальные зубные щетки - сравнительные характеристики и оценка эффективности / М.И. Балуда, Ю.А. Винниченко, О.А. Поповкина // Стоматология. - 2011. - № 6. - С. 85-87.

18. Журбенко, В.А. Особенности гигиенического ухода за полостью рта у детей / В.А. Журбенко // Современные проблемы гуманитарных и естественных наук: сб. науч. трудов / Курский государственный медицинский университет. – Курск., 2016. – С. 184-187.

19. Кисельникова, Л.П. Кариес постоянных зубов / Л.П. Кисельникова, Е.Е. Маслак // Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – Глава 21. – С. 404-424

20. Абдусаламова, Б.Ф. Клинико-лабораторная оценка эффективности различных зубных щёток : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Абдусаламова Б.Ф. – М., 2010. – 24 с

21. Мирза, Ф. Сравнительная оценка влияния двух электрических зубных щеток на снижение воспаления десен и наддесневой зубной налет / Ф. Мирза, К. Аргосино // The Journal of Clinical Dentistry. – 2019. - № XXX. – С. А9-А15.

22. Намми, К. Влияние применения электрической и мануальной зубной щетки на зубной налет и здоровье десен у ортодонтических пациентов / К. Намми, Е.М. Старк // The Journal of Clinical Dentistry. – 2019. - № XXX. – С. А1-А8

23. Кузьмина, Э.М. Профилактическая стоматология : учебник / Э.М.Кузьмина, О.О. Янушевич. – М. : Практическая медицина, 2017. – 544 с.

24. Журбенко, В.А. Особенности гигиенического ухода за полостью рта у детей / В.А. Журбенко // Современные проблемы гуманитарных и естественных наук: сб. науч. трудов / Курский государственный медицинский университет. – Курск., 2016. – С. 184-187.

25. Randomised clinical study of plaque removal efficacy of a power toothbrush in a paediatric population / E. Davidovich, R.A. Ccahuana-Vasquez, H. Timm [et al.] // International Journal of Paediatric Dentistry. – 2020. – Vol. 27, N 6. – P. 558–567.

26. Dental hygienists' evaluation of the usability research study of the Colgate ProClinical A1500 electric toothbrush. / C. Hovliaras, J. Gatzemeyer, E. Jimenez, F. S.Panagakos // The Journal of Clinical Dentistry. – 2015. – Vol. 26, N 1. – P. 13–16.

27. Toratti, A. The effect of a mobile application for children's oral health behavior / A. Toratti, K. Rasmus, M-L. Laitala // 26th Congress of the International Association of Paediatric Dentistry : Abstract book. – Chile, 2017. – P. 57.

28. Сахарова Э.Б. с соавт., 1996
https://vuzlit.com/862869/sredstva_individualnoy_gigieny_polosti_zubnye_pasty_sostav_klassifikatsiya#google_vignette

ИССЛЕДОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ И СТЕПЕНИ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МАССЫ ТЕЛА

Воронина Н.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность представленного исследования обусловлена стремительным ростом продаж во всем мире биологически активных добавок (БАД). В Японии БАДы употребляет 90% населения, в Индии -75% населения, в США более 50% взрослого населения заявляют об употреблении добавок. Рост потребления БАД также наблюдается в Узбекистане. Ассортимент диетических добавок велик, но наибольшим спросом пользуются БАДы, предназначенные для снижения массы тела.

Цель исследования: проанализировать эффективность использования БАДов в борьбе с повышенной массой тела.

Материалы и методы: в ходе исследования использованы методы научного аналитического анализа более 120 литературных источников

Результаты исследования. Считается, что БАДы являются альтернативой традиционным методам борьбы с избыточной массы тела. Установлено, что БАДЫ данного направления многокомпонентны (используются более 3000 компонентов). Показано, что чем сложнее рецептура диетической добавки, тем труднее определить эффекты ее воздействия на организм человека. Анализом рецептов БАДов, предназначенных для снижения массы тела обнаружено, что в их составе чаще всего встречаются такие ингредиенты как Гарциния камбоджийская (*Garcinia Cambogia*), экстракт зеленого чая (*Camellia Sinensis*), экстракт горького апельсина (*Citrus aurantium*), хром (*Chromium*), хитозан (*Chitosan*) Результаты исследований эффективности *Garcinia cambogia* на процесс похудения не выявил выраженного действия. Так, прием таких добавок в течение 8–12 недель привел к снижению массы тела на - 1,34 кг, ИМТ на - 0,99 кг/м², проценту жировой массы на - 0,42% и окружности талии на - 4,16 см по сравнению с группой плацебо. При этом исследователями не рекомендуется длительное использование *Garcinia cambogia*, так как растение предположительно гепатотоксично. Говоря о пользе хитозана, производителями добавки к пище утверждается, что он связывает жиры в пищеварительном тракте и, тем самым снижает их всасывание. Показано, что длительный прием хитозана (17 недель) привел к снижению массы тела от 0,8 до 1 кг массы тела. Многими авторами отмечается свойство хитозана связывать холестерин пищи и адсорбировать тяжёлые металлы и радионуклиды. В литературе указывается, что добавки хрома недостоверно влияли на массу тела добровольцев. Данный эффект воздействия исследователи связывали с побочным действием хрома на организм – рвотой. Кроме того, его употребление может сопровождаться крапивницей и головокружением.

Отсутствие надежных данных о безопасности добавок становится предметом обсуждения причин их негативных побочных эффектов. Значительное количество нареканий было предъявлено к экстракту зеленого чая. Отмечены случаи повреждения печени, в том числе, приводящим к летальным исходам. Так, добавка для похудения, содержащая экстракт зеленого чая, Exolise была снята с продажи в Испании и Франции в 2003 году, Linea Detox – в Польше (может вызывать анафилактические реакции), дексаприн отозван в 2014 году в Голландии из-за появления у потребителей беспокойства, тахикардии и рвоты. Потребление добавок, содержащие *Garcinia cambogia*, в частности, Hydroxycut, привело к повреждению печени, сердечной аритмии и смерти, а добавки Терматрим вызвало токсическую лейкоэнцефалопатию.

Выводы:

1. Отмечается недостаточная заявленная производителем эффективность БАД при коррекции массы тела.
2. Отсутствие надежных данных о безопасности БАД в лучшем случае становится причиной их негативных побочных эффектов, а в худшем – вызывают заболевания и более того, летальный исход.

3. При регистрации БАД, ее рецептурный состав должен отвечать требованиям доказательной медицины и критериям безопасности.

СВОЙСТВА РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ЛИСТЬЕВ БОЯРЫШНИКА (CRATAEGUS L.), ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В УЗБЕКИСТАНЕ

Воронина Н.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Несмотря на всесилье фармацевтических препаратов, в мире в настоящее время отмечается резкий рост спроса населением медицинских средств на основе лекарственных растений. Это, в первую очередь, связано с возросшим интересом населения к натуральным продуктам, получения хорошего эффекта при их низкой токсичности, а также и ценовую доступность.

Цель: определить пригодность использования листьев боярышника в качестве биологически активной добавки к пище.

Материалы и методы: использованы методы аналитического анализа научных источников

Результаты исследования. Одним из востребованных в лекарственных средств, являются препараты, созданные на основе боярышника (*Crataegus*). В природе встречается до 900 видов этого растения, 10 из которых произрастают на территории Узбекистана. Растение распространено в Ташкентской, Самаркандской, Кашкадарьинской и Сурхандарьинской области.

Как пищевое сырье населением использовались плоды боярышника. Установлено, что они содержат танины 6,5 мг/г, фруктозу 14%, пектиновые вещества 12%, органические кислоты 1.5%, аскорбиновую кислоту 50 мг%, кальций 12 мг/г, цинк до 39 мг/кг.

Препараты на основе лекарственного растительного сырья боярышника (*Crataegus* L.) также широко применяются при лечении сердечно-сосудистых заболеваний, атеросклероза, бессоннице, повышенном артериальном давлении, астеноневротических состояниях и т.д. Научными исследованиями показано, что растительное сырье боярышника обладает комплексом биологически активных веществ (БАВ), при этом их содержание зависит от климатических условий, состава почвы. При формировании составов в основном, используются, плоды и цветки боярышника..

Однако, при достаточной изученности частей растения боярышника химический состав его листьев изучен не в полной мере. Отечественными учеными в составе листьев растения обнаружены соединения, относящиеся к классу флавонолов, фенолкислот и флаван-3-олов.

Установлены высокие показатели содержания основных групп биологически активных веществ: флавонолов до 9,4%, танинов до 34,7%, сапонинов до 39,6%, пектиновых веществ до 18,3%, аскорбиновой кислоты до 272 мг%, каротиноидов до 327,7 мг%. Полифенолы были идентифицированы как рутин, кверцетин, гиперозид, катехин и галловая кислота. Доказано, что полифенольные соединения способны снижать риск развития атеросклероза,

онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, а также возникновения мутаций. Исследованиями китайских ученых показано, что экстракт листьев боярышника обладает эффектом регуляции липидов. Подобные свойства объясняются высокой антиоксидантной активностью полифенолов.

Выводы:

1. Растительное сырье боярышника, произрастающего в Узбекистане, содержит комплекс БАВ: флавоноиды, тритерпеновые сапонины, органические кислоты и др.
2. Обнаруженные полифенолы обладают антиоксидантными свойствами.
3. Листья *Crataegus L.* могут быть использованы для разработки и создания профилактических препаратов в виде биологически активных добавок.

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
КОНТРОЛЯ КОНТАМИНАЦИИ ТЕПЛИЧНОЙ ПРОДУКЦИИ
РАСТЕНИЕВОДСТВА В УЗБЕКИСТАНЕ**

Шамсутдинова М.А, Воронина Н В.

*Комитет санитарно-эпидемиологического благополучия
и общественного здоровья
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Безопасность пищевых продуктов лежит в основе продовольственной безопасности. Эта сфера деятельности направлена на защиту потребителей от опасности пищевых отравлений и болезней пищевого происхождения.

Небезопасные пищевые продукты могут проводить к целому ряду проблем со здоровьем человека: диарейным заболеваниям, вирусным заболеваниям, проблемам в области репродуктивного здоровья и развития, онкологическим заболеваниям. Поэтому безопасность пищевых продуктов является необходимым условием продовольственной безопасности.

Целью исследования явилось изучение механизмов обеспечения и развития инструментального мониторинга безопасности тепличной продукции растениеводства в Узбекистане.

Материалы и методы. Аналитическим методом изучения нормативно-законодательных документов республики, статистических отчетов в области развития сельского хозяйства

Результаты. Вопросы охраны здоровья населения в Республике Узбекистан являются приоритетными. Ключевым моментом в программе оздоровления и укрепления работоспособности населения является питание. В нынешних условиях поставлена задача по расширению производства основных видов отечественного продовольственного сырья в соответствии с современными требованиями к качеству и безопасности.

Продукты растениеводства представляют большую долю суточного рациона граждан. Растущее тепличное производство позволяет обеспечить безопасной овощной продукцией не только население страны, но и стало предметом международной торговли. Это потребовало проведения

гармонизации национальных санитарно-гигиенических и технических нормативных документов с международными.

В Узбекистане вопросы безопасности пищевой продукции регулируются целым рядом законов: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «Об охране здоровья граждан», «О качестве и безопасности пищевой продукции», «О микронутриентной недостаточности», «О стандартизации» и др.

Среди приоритетов выделяют разработку и принятие технических регламентов и национальных стандартов в области пищевых продуктов и продовольственного сырья, а также совершенствование механизмов контроля за качеством производимых на территории Республики. Нормами и правилами по качеству и безопасности продукции устанавливаются предельно допустимые показатели контаминации пищевой продукции.

Международные организации Европейское региональное Бюро Всемирной организации здравоохранения, Комиссия «Codex Alimentarius», Координационный комитет ООН по сельскому хозяйству и пищевым продуктам ФАО / ВОЗ, Всемирная торговая организация и др. оказывают содействие в обеспечении безопасности производства пищевых продуктов

Принятые в Узбекистане методы и механизмы, обеспечивающие безопасность пищевых продуктов широко применяются в мировом сообществе, это: качественная гигиена производства, хорошая лабораторная практика – GLP, системы менеджмента в области безопасности продовольствия и пищевой продукции, (ИСО 22000), Программа гарантии качества (ИСО 9000).

Для мониторинга контаминации продуктов растениеводства, контроля качества и безопасности продукции растениеводства в структуре Санэпидкомитета во всех регионах страны функционируют лабораторные комплексы, в которые входят: 115 санитарно-гигиенических, 216 бактериологических, 220 паразитологических и 17 радиологических лабораторий.

В целях совершенствования мониторинга пищевого сырья в 2021 году разработана «Концепция развития лабораторной сети Санэпидкомитетом Республики Узбекистан». Концепция представляет собой комплекс организационных, экономических и образовательных мероприятий, направленных на совершенствование мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Узбекистан за счет повышения качества и сокращения длительности выполнения лабораторных исследований, рационального и эффективного использования ресурсов, внедрения новой техники и технологий, повышения требований к специалистам лабораторий.

На основании данной Концепции разработана и утверждена «Дорожная карта» на 2022-2030 года В дорожной карте определены основные задачи развития лабораторной сети: совершенствование системы управления лабораторной службы в республике; укрепление правовых основ деятельности лабораторной сети санитарно-эпидемиологической службы; развитие гибкого

финансирования лабораторной службы и ее адаптации к рыночным условиям; совершенствование научно-методического обеспечения деятельности лабораторий; улучшение материально-технического обеспечения; совершенствование образовательной сферы до - и последиplomной подготовки кадров; укрепление, развитие международных связей в области лабораторной диагностики.

Таким образом, в обеспечении безопасности продукции растениеводства в Узбекистане задействованы разноуровневые государственные механизмы, включая как законодательно-нормативные акты, ведомственные документы и регламенты, так и концепции, дорожные карты совершенствования инструментального мониторинга контаминации пищевой продукции.

ОЛИЙ МАКТАБ ТАЛАБАЛАРИ ПСИХОГИГИЕНАСИ ВА УЛАРНИНГ КОРРЕКЦИЯСИ

Ибрагимходжаев Б.У., Машарипова Р.Ю.

*Альфраганус университети,
Тошкент давлат стоматология институти*

Аннотация. Психогигиена шахснинг рухий (психик) ва асаб тизимида салбий таъсир этувчи омилларни аниқлаш, унинг рухий саломатлигини асраш ва ривожлантириш тадбирларни ишлаб чиқувчи фан деб эътироф этилган. Замонавий психогигиенанинг асосий вазифаларидан бири, кичик ёшлардан бошлаб соғлом фикрлаш, ўз муаммоларини таҳлил қилиш ва тўғри хулоса чиқариш, патоген ёки иррационал фикрларнинг сабабини ўрганиш, уни бартараф этиш йўллари тинмасдан ўрганиб бориш ва тарғиб этишдир.

Калит сўзлар: Олий таълим, психогигиена, рухий, асаб тизими, соғлом, талабалар, соғлом турмуш тарзи.

Психогигиена - шахснинг рухий (психик) ва асаб тизимида салбий таъсир этувчи омилларни аниқлаш, унинг рухий саломатлигини асраш ва ривожлантириш тадбирларни ишлаб чиқувчи фан, деб эътироф этилган.

Замонавий психогигиенанинг асосий вазифаларидан бири, кичик ёшлардан бошлаб соғлом фикрлаш, ўз муаммоларини таҳлил қилиш ва тўғри хулоса чиқариш, патоген ёки иррационал фикрларнинг сабабини ўрганиш, уни бартараф этиш йўллари тинмасдан ўрганиб бориш ва тарғиб этишдир.

Олий мактаб талабаларида талабалик даври етуклик даврининг дастлабги босқичи бўлиб, 17-20 ёшлиларда ўзининг психологик жиҳатдан мураккаблиги билан ажралиб туради. Бир томондан қараганда, уларда мактаб, академик лицей ва коллежи ўқувчиларига хос мақсад ва мативацияларнинг сустлиги, ўзига-ўзи бўлган жавобгарликнинг етарли шаклланмаганлиги кузатилади. Иккинчи томондан эса янги муҳитга мослашишдаги қийинчиликлар, интилиш, мустақиллик ва тиришқоқлик каби сифатларни жадал ривожлантириб бориш зарурияти биринчи ўринга чиқади.

Талабаларда уларнинг “олтин даври” жисмоний, интеллектуал ва ижтимоий фаоллик, рухий кўтаринкилик, яхши кайфият билан кечади. Уларнинг

характерида ижобий ўзгаришларнинг юзага чиқишида олий мактабдаги психологик муҳит, профессор-ўқитувчилар ва мурабийларнинг таълим-тарбиявий ишлари муҳим аҳамиятга эга. Талабаларнинг характердаги баъзи бир салбий хусусиятлар ўрнига ўқиш, изланиш, касбий маҳоратни эгаллашга интилиши устозларининг меҳнатларига боғлиқ ҳолда кечади.

Шу билан биргаликда айрим талабаларнинг характеридаги озгина бўлса ҳам меъёрдан четга чиқишлар намоён бўлиши мумкин. Бу таълим-тарбия жараёни билан боғлиқ бўлмасдан, балки баъзи ёшларда ўсмирлик давридан қолиб кетган характердаги ўзига хослик – акцентуация, яъни турли келишмовчиликлар, низо ва ортиқча асабийлашишларга сабабчи бўлиши мумкин. Акцентуация - бу шахс характерида айрим хусусиятларнинг ўзига хос (салбий) томонга кўчишга мойиллигидир. Характерида акцентуация мавжуд шахслар муаммоли, низоли вазиятларда ҳаётдаги турли қийинчиликларга чидашлари қийин бўлиб, ўзига ҳос реакция беришлари мумкин. Масалан; акцентуацияли талаба педагогнинг талабига (бу адолатли бўлса ҳам) кучли жавоб реакциясини бериши ва машғулотдан чиқиб кетиши мумкин.

Улар педагоглар билан баҳслашиши оқибатида низоли вазиятларни юзага келтиришади. Шу сабабли олий мактаб профессор-ўқитувчилари характерида акцентуасияси мавжуд талабаларга шахслараро муносабатларда, дарс машғулотларида алоҳида эътибор беришлари, улар билан гуруҳда индивидуал тарбиявий иш олиб боришлари зарур бўлади. Айниқса психологлар билан маслаҳатлашган ҳолда психологик коррексия ишларини олиб бориш яхши самара беради. Машҳур немис психиатри Карл Леонгард акцентуасиянинг 12 та турини тасвирлаб берган. Акцентуация касаллик эмас, балки характернинг кичик нуқсони бўлиб, ижобий психологик муҳитда қўллаб-қувватланганида ўз-ўзидан камайиб, меъёрга келиб қолади.

Қуйида биз акцентуасиянинг барча турларини эмас, балки кузатишларимизда аниқланган бир неча турларини ва уларни коррекциялаш ҳақида қисқача маълумот беришга ҳаракат қилдик.

Ўсмирлик ва ўспиринлик ёшида, айниқса осон таъсирланиш, руҳан шикастланиш эҳтимоли кучли бўлади. Организм жисмоний вояга етиши билан йигит-қизларнинг дунё қараши, атроф-муҳитни идрок этиши ўзгариб боради ва ўзларининг мустақиллигини тасдиқлаш жараёнини кучайиши билан рўй беради, Шунингдек таклид қилишлар билан ҳаётда ўз йўлини топишга ҳаракатлар кузатилади. Моҳирлик билан эмоцияларни шакллантириб бориш китоб, санъат, мусиқа, турли машғулотлар ҳамда спортга нисбатан меҳрни юзага келтиради. Соғлом авлодни вояга етказиш жараёнида муҳим аҳамиятга эга бўлган обектив омиллар билан бир қаторда субъектив омиллар, уларнинг моҳияти, ёш авлод таълим-тарбиясига кўрсатадиган таъсир кучи, улардан педагогик фаолият жараёнида самарали фойдаланиш шартлари, шунингдек, шахснинг ҳар жихатдан камол топишда аввалам бор оиланинг жуда катта ўрни бор.

Ҳар бир инсон муайян вақт мобайнида мақсадга мувофиқ маълум бир фаолият турини самарадорлик билан бажариш қобилиятига эга бўлади.

Одамнинг иш шароити ва психофизиологик имкониятларига кўра 3 хил: максимал, оптимал ва пасайган иш қобилиятини кузатиш мумкин.

Соғлом турмуш тарзи бир нечта компонентлардан иборат бўлган ҳаётий фаолият шакли бўлиб, ушбу таркибий қисмларнинг ҳар бири ўзининг назарий ва амалий хусусиятларга эгадир. Олий мактаб талабаларини соғлом турмуш тарзи кўникмалари билан таништиришда уларнинг руҳий-физиологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда фаолият олиб бориш, шахс соғлом турмуш тарзини шакллантириш жараёнида қулай шароитларни яратиш алоҳида аҳамият касб этади. Шунингдек, педагог (психолог) ва талабалар қуйидагиларга алоҳида эътибор беришлари зарур бўлади:

1. Олий таълим муассасаларида оптимал руҳий микроиклимни яратиш ва уни янада ривожлантириш;

2. Олий таълим муассасаларида оптимал психологик микроиклимни яратишда миллий ва умуминсоний қадриятлардан ҳар томонлама унумли фойдаланиш.

Психогигиена ҳақида маълумот берилганда, руҳий зўриқиш, унинг сабаблари ва олдини олиш, уларни ҳар томонлама соғлом қилиб, ўз саломатлигини қадрлаш маъсулиятини кучайтириш, гигиеник тайёргарликни ошириш зарурлигини аниқлаш ва унга шароит яратиш усуллари ўрганиш масалаларига алоҳида эътибор қаратиш муҳим аҳамиятга эга.

Узоқ йиллар олиб борган шахсий кузатишлар натижаси сифатида шунини таъкидлаш зарурияти пайдо бўлади: биринчи курс талабалар орасида олий мактабдаги шарт-шароитга, талабаликка мослашув муаммолари ҳар доим долзарблигича қолади. Улардаги кўникиши қийин бўлган муаммолардан бири - ҳар кунини ўзликсиз, тизимли ва мустақил равишда ўзининг ҳаёт ва талабалик фаолиятини ташкил эта олиши билан боғлиқдир. Айниқса, мустақил равишда машғулотларга тайёргарлик кўриш, таълимга ижодий ёндашув, доимо изланишмажбурияти, интеллектуал зўриқишларга чидаши ўқишнинг биринчи йилларида қийинчилик билан давом этади. Шунингдек, олий мактаблардаги жамоатчилик ишлари, турли тадбирларга қатнашиш, шахсий турмуш ишлари, шу жумладан ётоқхонада ўзига-ўзи хизмат талабанинг ўз вақтини режали амалга оширишга мажбур қилади. Мослашиш билан боғлиқ яна бир муаммо - бу талабанинг ўз гуруҳидаги тенгдошлари орасидаги шахслар аро муносабат ва гуруҳдаги психологик муҳитнинг ижобий ва салбий шаклланганлиги билан боғлиқлигидир.

Юқорида келтирилган муаммоларни ўз вақтида аниқлаш ва бартараф этиш педагог, психолог ва мураббийлар (тьюторлар) га қуйидаги педагогик-психологик тадбирлар тавсия этилади:

1. Талабаларга ўқишнинг дастлабки кунларидан бошлаб олий мактабдаги таълим-тарбиянинг ўзига хос томонлари, кун тартиби, соғлом турмуш тарзининг таркибий қисмлари: ва бошқалар ҳақида ахборот беради.

2. Мураббий раҳбарлигида ҳар бир талабанинг индиекдуаллиги режасини (ҳар кунлик; ҳафталик; ойлик;) тизимлари ташкил этади. Режада жисмоний

тарбияга, сайр ва саёхатларга вақт ажратилади. Талабаларни вақтнинг қадрини билиши, вақтдан унумли фойдаланишга ўрганиш жуда муҳим.

3. Талабаларнинг жисмоний, рухий ва асаб тизимидаги баъзи бир нуқсонларга (м: тез чарчаб қолиши; низога мойиллик; одамовилик; ёмон одатларга берилиши ва бошқалар) ўз вақтида эътибор бериш ва уларга тиббий-психологик ёрдамни ташкил этилади. Ёшлар орасида оз бўлса ҳам интернетга, турли ўйинларга тобеллик (аддиктив синдром) ҳолатлари аниқланганда бу нуқсонларни бартараф этишнинг барча чораларини амалга ошириш учун махсус дастурлар тузилади.

4. Талабалар орасида кам бўлса ҳам характерида акцентуацияси мавжуд талабалар аниқланса ёки гуруҳдаги психологик муҳитга, шахслараро муносабатларга салбий таъсир этувчи талабалар борлиги сезилса, улар, билан махсус дастурлар асосида ижтимоий-психологик тренинглар, психологик коррекция ишларини ташкил этиш. Айниқса, талабалик даври, севиш ва хишрон, потуклар ва ёққолишлар, шодлик ва изтироблар билан кечиши ҳам мумкин. Бундай ҳолатларда талабага узок вақт тизимли равишда психологик ёрдам зарур бўлади.

Олий таълим талабаларининг психогигиенасини коррекциялашда талабаларнинг қуйидаги хусусиятларга эътибор бериш зарур бўлади.:

Кучли кузатувчанлик қобилиятини ривожлантириш, атрофдаги бошқалар кўрамаган нарса ва ҳодисаларнинг англаб етмаган томонларни кўра олишларини шакллантириш. Агар эътибор бериб қаралса буюк олим ва ихтирочиларда шундай қобилият мавжуд бўлганини сезиш мумкин. Абу Райхон Беруний, Абу Али ибн Сино, Ал Форобий, Ал Фарғоний каби даҳолар илм-фанга қўшган улкан кашфиётлари учун инсоният улардан умрбод миннатдор кўрсатиб бериш.

Ижодий фикрлаш асосан ўсмирлик даврида кучли тараққий қилади. Аммо ёшлик, талабалик даври бу жараёндан мустасно эмас, талаба тизимли ва узликсиз тарзда билим ва малакалар олаётгани учун ҳам ўзининг марказий нерв тизимида, тафаккурида ижобий ўзгаришлар юз беради. Талабаларда ижод қилишга истак пайдо бўлади. у турли соҳаларга қизиқиб, илмий ишлар билан шуғулланади, шеър ва ҳикоялар ёза бошлайди. Олий таълим профессор-ўқитувчилари, тьюторлари талабалардаги бу қизиқишларни ўз вақтида аниқлашлари ва уларга методик ёрдамни ташкил этиш.

Ижодий фикрловчи талабаларда қуйидаги ўзига ҳос хусусиятлар билан ажралиб туради: турли ғоялар ва янги фикрларга бойлиги, илм-фаннинг турли соҳаларига қизиқишлари, юқори даражадаги фикрлаш қобилиятлари ва бошқалар. Бундай талабаларга қизиқиш ва изланишларини йўналтирувчи устоз профессионал даражада раҳбарлик қилишлари.

3. Талабалар орасида ҳақиқий етакчилик, ташкилотчилик қобилиятига эга ёшлар ҳам кўпчиликлари ташкил этади. Улар ташаббускор тиришқок, меҳнатсевардирлар. Уларнинг бу қобилиятларини ривожлантириш билан келажакда узокни кўра оладиган, ижодий фикрлайдиган раҳбарлар етишиб чиқишини таъминлаш.

4. Билим ва малакаларни мустақил равишда ўзлаштириш билан боғлиқ муаммолар замонавий талаба фаолиятида катта аҳамитга эга. Илмий адабиётлар билан ишлаш, муаллифларнинг фикрини илмий таҳлил қилиш, баъзи бир фикр ва ғояларга (масалан, оммавий маданият ва шунга ўхшаш) танқидий ёндошувни талабаларда босқичма-босқич шакллантириб бориш, олий мактаб профессор-ўқитувчиларининг энг долзарб вазифаларидан хисобланади. Назарий ва амалий машғулотларда берилган билим ва малакалар билан чегараланиб қолмасдан ўз соҳасидаги турли замонавий, илмий адабиётларни ахборотларни кутубхоналарда интернет ва бошқа манбаалардан ўзлаштириларида ёрдам бериш.

Талабалар гуруҳида ижтимоий психологик муҳитни ижобий томонга ўзгартириб бориш, ҳар бир талабанинг гуруҳдаги ижтимоий мавқеини мустаҳкамлаш, психологик ҳолати, кайфияти кўтариш, ижтимоий муҳитни ижобий томонга ўзгартирувчи тадбирларни ташкил этиш, уларни илм-фанга қизиқтириш олий таълим профессор-ўқитувчилари, тьюторлар ва бошқа устозлардан алоҳида меҳнатни талаб қилинади. Ҳозирги кунда олий мактабларда, “Психологик ёрдам маркази”, “Психологик маслаҳат” каби хизматларни ташкил этилиши давр талабидир. Талабанинг психик, асаб ва жисмоний соғлиги эса страцгик ахамиятга эга бўлиб, юртнинг равнақи ва тараққиёти унга боғлиқ.

Адабиётлар:

1. Г.К.Бердиев. Психологиянинг сўнгги ютуқлари. Т. 2012.
2. Б.У.Ибрагимходжаев. Валеология асослари. Ўқув қўлланма.Т.2017.
3. Б.У.Ибрагимходжаев., Г. Бердиев. Бола ва замон. -2022 й. №3. 13-17.

**CONSEQUENCES OF MICROELEMENTS DEFICIENCY AMONG
SCHOOL STUDENTS AND THEIR PREVENTION**

Ibragimxodjayev B.U., Mukhamedjanov A.Kh., Shertayev M.M.

*Alfraganus university,
Tashkent Pediatric Medical Institute*

Microelements are vital substances for the full development of children and the healthy functioning of adults. Magnesium, potassium, iron, zinc, cobalt, copper, iodine and other such micronutrients are among the most important substances. The lack of these substances is also known as "hidden hunger". Because even though a person eats enough food, due to its lack of microelements and vitamins, the body cannot fully absorb the nutrients that it needs. Of course, this condition affects the health of each organism and the well-being of the nation as a whole. Usually, if we compare the problem of "Hidden hunger" which has been increasing gradually, among the public with an iceberg, we can only see the tip of the iceberg. All these diseases, in addition to having a general impact on the health of the nation, also have long-term socio-economic consequences, affecting the ability, efficiency and effectiveness of a person engaged in any type of work, health care costs and the economic growth of the country as a whole.

Due to the fact that microelements are constantly removed from the human body through sweat, urine, and excrement, their place must always be filled. When eating products that do not contain microelements, death is observed faster than death from complete starvation, because during starvation, the release of microelements from the body stops completely.

In human food, more than 15 chemical elements are in the form of mineral salts, which are considered the main component of food. Iron, copper, potassium, silver, iodine, fluorine, molybdenum, nickel, strontium, selenium and others form the main group of microelements necessary for human life. Fruits and vegetables have biological value due to the richness of basic microelements. Microelements participate in the plastic process of the formation of various tissues, especially bone tissue in the body.

They make up more than 30% of the enzymes involved in the metabolic processes of the digestive glands, are also essential in the work of the nervous, cardiovascular, and muscular systems, as well as participate in the formation of blood-forming elements, the formation and activation of endocrine gland hormones. That is why they are an important part of the diet.

In conclusion, it can be said that when the diet, which is one of the important aspects of nutrition, is fully followed, there is no shortage of micronutrients in the body. Schoolchildren should pay special attention to vitamins and minerals in their diet. Because the above microelements are of special importance for the growth, development and all-round full formation of a young organism.

Useful tips related to food culture through television, organization of special programs, public lectures and question-and-answer evenings in cities and villages, and relevant classes in schools based on a special program, as well as publication of relevant methodical manuals and brochures in this field, will hopefully be useful in preventing cases of deficiency of not only microelements, but also vitamins.

References:

1. Abu Ali ibn Sina. Medical laws. T.: Science, 1983.
2. Ibragimkhodjaev B.U. Fundamentals of valeology. Instructional manual. T. 2017.

**REASONABLE NUTRITION OF SCHOOLCHILDREN AND
MEASURES OF ITS ORGANIZATION**

Ibragimxodjayev B.U., Shertayev M.M., Mukhamedjanov A.Kh.

*Alfraganus university,
Tashkent Pediatric Medical Institute*

It is known that the body of children and adolescents is different from that of adults, firstly, many systems and organs are still in the stage of development, and secondly, the process of excitation in their nervous system prevails over inhibition, they are very active. Thirdly, adverse environmental factors (hazardous substances, hot or cold temperature, low or high pressure, hunger, sleeplessness, psycho-emotional disturbances, etc.) have a strong influence. Fourth, they try not to eat their main

nutrients, except that they like sweets very much. Adhering to the rules of reasonable nutrition is important in preventing the negative effects of the abovementioned processes on the formation of the child's body. Teaching a child about the rules of healthy eating and organizing it has its own challenges. Because most of these age groups do not have an understanding of nutrition, digestion physiology and hygiene. Also, for children of different ages, the ratio of the main nutrients in food, digestibility of nutrients, and energy consumption are drastically different.

On the one hand, the body of schoolchildren is characterized by rapid growth and development, and on the other hand, it is distinguished by the active physiological and biochemical processes due to studying, physical education and sports (high mental-emotional and physical loads). All this is closely related to how and how much the students eat. If the diet is reasonable, the children of this age will grow up properly, reach mental and physical maturity, master the sciences, and be more resistant to various infectious diseases and adverse environmental factors. Therefore, it is important that parents, school community and other state organizations pay enough attention to their healthy nutrition.

It is known that students are divided into three groups from the point of view of age: junior school age - 6-10 years old, secondary school age - 11-13 years old and senior school age - 14-17 years old.

It is recommended that the ratio of the energy value of the main nutrients consumed (proteins, fats, carbohydrates) is 14:31:55, and the quantity ratio is 1:1:4. If 6-year-old children intake 65% of the recommended protein from animal protein, this figure is reduced to 60% in school-aged children, because the formation and growth of body parts is much faster in first-graders, so they need more complete proteins. The amount of easily digestible sugar, candy, chocolate, etc., which students love to eat, should not exceed 20% of the total amount of carbohydrates. Otherwise, such carbohydrates will turn into fat in the body, causing obesity and related complications.

Schoolchildren should pay special attention to vitamins and minerals in their diet. Because the above substances are of special importance for the growth, development and comprehensive formation of the young organism.

References

1. Abu Ali ibn Sina. Medical laws. T.: Science, 1983.
2. Ibragimkhodjaev B.U. Fundamentals of valeology. Instructional manual. T. 2017.

**ТАЛАБАЛАР ОРАСИДА ПСИХОЛОГИК ТАЪЛИМ-ТАРБИЯ
САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛАРИ
Ибрагимходжаев Б.У., Бердиев Г.К., Мухамеджанов А.Х.**

Альфраганус университети

Инсонпарварлик психологиясининг асосчиларидан бири Карл Роджерс замонавий психологияда “инсонга йўналтирилган психология”ни яратиш билан психология ва педагогика фанларида кескин ўзгаришлар даврини бошлаб берган эди. Инсонга йўналтирилган психологиянинг асоси қуйидагилардан иборат:

- инсон юксак ахлоқий ва ижодий имкониятлар билан дунёга келади. Инсоннинг бу имкониятларидан имкон даражада унумли фойдаланиш зарур;

- шахс (тарбияланувчи ва тарбиячи) нинг эмпатик (эмпатия-дунёга бошқаларнинг кўзи билан қараш) қобилиятини ривожлантиришни етакчи вазифа деб билиш;

- “инсон-инсон” тизимида фаолият юритувчилар конгруэнт бўлишлари (конгруэнтлик - шахс ички ва ташқи дунёсининг ўзаро мослиги) зарур.

- тарбиячи-тарбияланувчи шахсини баҳоламасдан (баҳосиз) қабул қилиши керак;

- педагог таълим жараёнининг бошқарувчиси эмас, балки таълим олувчига ёрдам берувчи (фасалитатор) вазифасини бажариши зарур.

Инсонпарвар психолог ва педагог шахснинг ўзини-ўзи тушуниб етишига, ўз “мен”лиги кечинмаларини англаб етишга, ўзига ҳаёт йўлини танлашга ёрдам беради. Бунинг учун психолог ва педагогнинг ўзида инсонпарварлик хислатлари мужассамлашган бўлиши шарт.

Педагог (психолог) таълим тарбия ва психотерапия жараёнида қуйидаги тамойилларга амал қилиш лозим:

- талабалар билан ўзаро муносабатларда тенглик, ҳамкорлик позициясида бўлишини унутмаслиги;

- ўзаро муносабатларда шахсга (талабага) ишонч билдириши;

- шахснинг ўзини англаб етиши, ўз ҳаётий мақсад ва вазифаларини аниқлашига ёрдам бериши;

- шахснинг ички мотивациясидан самарали фойдалана олиши;

- шахс ва гуруҳ билан иш олиб борганда ўзининг кечинмаларини яширмаслиги, муносабатларини сохталаштирмаслиги;

- таълим жараёнининг бошқарувчиси эмас, балки фаол иштирокчисига айланиши;

- гуруҳнинг ҳиссий ҳолатини қалбан ҳис эта олишини билдириши зарур;

- тарбияланувчиларнинг кечинмаларини эмпатик тарзда ҳис этиш қобилиятини ўзида ҳосил қилиши;

- ўзининг ички дунёсини, руҳий ҳолатини доимо бойитиб бориши.

Психолог таълим олувчининг мустақил равишда ўз устида ишлашига имконият яратади ва ёрдам беради. Бу Шарқ педагогикасининг инсонпарвар ғоялари бўлиб, Ватанни севиш, ота-онага ҳурмат, меҳнатсеварлик, меҳр-мурувват, кечиримлилик, катталарга ҳурмат-кичикларга иззат, камтарлик ва бошқа умуминсоний, миллий қадриятларнинг шахс дунёқарашларида ҳосил бўлишига имкон яратишади.

Таълим ва тарбия жараёнида тўртта асосий қоидага амал қилиш таълим самарадорлигини таъминлайди:

1. Педагог ва талаба ўртасида тенг мулоқотни ташкил эта олиш. Талаба шахсига ҳурмат, ҳамда педагогнинг очиклиги ўзаро ҳамкорлик, эркин фикр алмашиш, ўз кечинмаларини яширмасдан айтишга шарт-шароит яратади.

2. Таълим жараёнининг муаммоли машғулот шаклида олиб борилиши талаба ларни ижодий фикрлашга, изланишга муаммонинг ечимини мустақил излаб топишга йўналтиради.

3. Таълим жараёни гуруҳий машғулотларга мўлжалланган, аммо гуруҳдаги ҳар бир талаба ўзига хос алоҳида бир олам (шахс) бўлгани сабабли таълим ва тарбиянинг асосини шахсий ёндашув ташкил этади.

4. Педагог ва психологнинг шарқ ва ўзбек миллий педагогикаси ҳамда психологияси анъаналарини етарли даражада билиши ва амалий фаолиятда қўллай олиши зарур.

Инсонпарвар шахс тақдир синовларига чидамли бўлади, қийинчиликлар учун бировни айбламайди. Ўз ҳаёти учун ўзи жавобгар. У изланувчан, ижодий фикрлашга ўрганади, изланишдан завқланади. У ҳаммага бир хил муносабатда бўлади. Унинг учун шахсни баҳоловчи ягона мезон - инсонийликдир. У психологиянинг “Ҳозир ва шу ерда” тамойилига амал қилади, яъни “ўтмиш ўтиб кетди, келажак ҳали етиб келмади, уларни эслама, ҳозир шу ерда бўл”, каби принципларни ўзига шиор қилиб олади.

Инсонпарвар психолог (педагог) бўлиши учун даставвал шахс ўзини ўзгартириши, ўзида инсонпарварлик сифатларини ҳосил этиши муҳимдир.

Немис шоири Гёте: “Ўзингни яхши ўрганмасдан бировни ўргана олмайсан”, деган эди. Дарҳақиқат, ўзгартириш жуда қийин.

Психолог қачонки ўзини, ўзининг ички дунёсини инсонпарварлик томонга ўзгартирмас экан, меҳр-мурувват, меҳр-садоқат, кечирувчанлик, ачиниш ва бошқа шахсий сифатларини ўзида шакллантирмас экан, талаба, талаба қалби унинг учун ёпиқ бўлади.

Психолог ўзида инсонпарварлик сифатларини ҳосил этиши, ўзини ўзгартириши учун қуйидаги вазифаларни бажариши керак:

1. Ўзида рефлексив қобилиятни ҳосил этиши лозим. Рефлексия -ўзини ва ўз фаолиятини четдан (онги , тасаввури ва ҳаёлида) кўра олиши, ўзининг ижобий ва салбий характер хусусиятларини сеза олиши керак.

2. Рефлексия йўли билан психолог ўзининг шахсида салбий характер хусусиятларини англаб етиши ва буни тан ола билиши зарур.

3. Ўзининг касбий билим ва малакаларидаги камчиликларни кўра олиши лозим.

4. Салбий характери ўз нуқсон ва камчиликларини тан олишнинг ўзи камлик қилади. Уларни коррекциялашнинг режа ва дастурларни тузиб чиқиши ва уни узлуксиз амалга ошириш йўли билан муваффақиятга эришиш мумкин.

Файласуфлардан бири: “Энг олдин инсон бўл”, деган экан. Инсонпарвар бўлиш эса анча мураккаб жараён бўлиб, авваламбор, истак ва хоҳиш керак.

Адабиётлар:

1. Г.К.Бердиев. Психологиянинг сўнгги ютуқлари. Т. 2012.

2. Б.У.Ибрагимходжаев. Валеология асослари. Ўқув қўлланма.Т.2017.

AKSELERATSIYAGA DOIR GIGIYENIK MUAMMOLAR

Kamilov A.A., Nabyeva D.D., Kamilov A.A.

Toshkent davlat stomatologiya instituti,

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Bolalar va o'smirlarning jismoniy rivojlanishlarini baholash haqidagi ma'lumotlarni taxlil qilib, tadqiqotchilar shu narsaga amin bo'ldilar-ki, xozirgi populyatsiyaga taaluqli bolalar va o'smirlarning jismoniy rivojlanish ko'rsatkichlari, oldingi avlod bolalarining ko'rsatkichlaridan ancha ilgarilab ketganligining guvosi bo'ldilar. Jismoniy rivojlanish ko'rsatkichlarining oldingi avlod bolalaridagi rivojlanish ko'rsatkichlariga qaraganda jadallashishini "akseleratsiya" nomi bilan ataldi. Shunga muvofiq holda ikki turdagi akseleratsiyani farqlash mumkin: Davrga va populyatsiyaga doir akseleratsiyalarga bo'linadi. Epoxial akseleratsiya shu kungacha o'tgan barcha avlodlarni o'z ichiga olsa, populyatsiyaga doir akseleratsiya esa, bir davrdagi avlodlarga taaluqli bo'lgan 20% shaxslarni o'z ichiga oladi.

Akseleratsiya bilan bog'liq bo'lgan muhim muammolardan biri bu bolalarni maktabda o'qishga yetilganligini aniqlash muammosi hisoblanadi. Ma'lum-ki, juda ko'p mamlakatlarda bolalarni maktablarda o'qitish xatto 5 yoshdan boshlanadi. Sobiq Ittifoqda ham 1984 yildan boshlab maktablarda isloxlarni o'tkazish natijasida bolalarni maktabda o'qitishni yoppasiga 6 yoshdan boshlash kerak degan farmon chiqarildi va hayotga tadbiiq qilina boshlandi. Ammo, 6 yoshli bolalarni bu yoshdan o'qitishni tashkil qilishda bir qator yangi muammolarga duch kelindi. Jumladan, gigiyenik yo'nalishdagi muammolar: o'quv soatlarining nisbatan qisqaligi, bolalarga dam berish soatlarini tashqil qilish, bolalarning kunduzgi uyqu soatlarini inobatga olinmaganligi, bolalarni oqilona ovqatlantirish muammoalari kabilar bo'lib, ularning barchasi shunga muvofiq keladigan sharoitlarni yaratish bilan bog'liq bo'lgan muammolar qatoriga kiradi. Bundan tashqari, undagi eng muhim muammolardan biri shu bo'ldi-ki, 60% gacha bo'lgan bolalarda jismoniy va ruxiy holatlar ularni maktabda o'qishga hali tayyor emasliklarini ko'rsatdi. Bu bolalarning ko'pchiligida jismoniy rivojlanish va salomatlik holatlari yaxshi emasligi aniqlandi (7 yoshli bolalarga taqqoslaganda). Shuning uchun 6 yoshli bolalarni avval maktabda o'qishga tayyor ekanliklarini aniqlash va baholash zarur ekanligi ma'lum bo'ldi. M.Gorkiy nomidagi Donetsk tibbiyot universitetida olib borilgan tadqiqodlarning yakuniga ko'ra ana shunday baholash testlarini 2 bosqichda o'tkazish maqsadga muvofiq deb topildi:

1 bosqich - o'qitishni boshlashdan 6-8 oy ilgari maktablarda olti yoshlilarni chuqurlashtirilgan tibbiy ko'rikdan o'tkazish va bu maqsadda ko'rik komissiyasi tarkibiga LOR, oftalmolog, psixonevrolog, jarrox, stomatolog kabi tor mutaxassi shifokorlarini taklif qilish tavsiya qilindi. Tibbiy ko'rikda bolalarni so'zlarni to'g'ri talaffo'z qilishlarini tekshirish, psixofiziologik testlarni (Kern-Irasek) o'tkazish va olingan natijalarni bolalarning shaxsiy kartalariga yozib qo'yish, shu bilan birga salomatligi va ruxiy holati talabga javob bermaydigan bolalar uchun sog'lomlashtirish tadbirlarini belgilash ko'rsatildi.

2 bosqich - o'quv yilining aprel-may oylarida ikkinchi marta tibbiy ko'rikni tashqil qilish va bunda ayniksa birinchi ko'rikda salomatligida bir bir kamchiligi

bo'lgan bolalarni chuqurlashtirilgan ko'rikdan o'tkazish lozimligi tavsiya qilingan. Agar bunda bola organizmida kasallik va maktabda o'qishga tayyor emasligiga doir nuqsonlari topilsa, ular uchun maktabda o'qishga kirishish muddatini yanada kechiktirish lozimligi tavsiya qilingan.

O'zR-da SSV-ning 1991 yildagi maxsus buyrug'iga muvofiq, bolalarni maktablarda o'qitishni 7 yoshdan boshlab amalga oshiriladi deb aytib qo'yilgan.

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA SUV TA'MINOTI MUAMMOLARI

Kamilov A.A., To'raxonova F.M., Igamberdiyeva S.O.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Yangi shaharlar va ishchi aholi punktlari bunyod etilishi, mavjud aholi yashash hududlarining qayta qurilishi yangi-yangi suv manbalaridan ko'proq foydalanishga sababchi bo'ldi, chunki Butun dunyo sog'liqni saqlash tashkilotining bergan ma'lumotlariga qaraganda 80% miqdordagi barcha kasalliklar u yoki bu shaklda aholi tomonidan sifatsiz suvlarni iste'mol qilish bilan bog'liqdir. Shuning uchun aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta'minlash muammosi deyarli barcha mamlakatlarda eng dolzarb hisoblanadi, shu bilan birga Yer sharining 97% qismi suv bilan qoplangan yoki miqdor jihatidan qaraydigan bo'lsak, 1,5 mln.kub km suv manbai dengiz, okean, muzliklar va aysberglarga to'g'ri keladi va bu miqdorning juda oz qismigina ichimlik-xo'jalik maqsadlarida foydalanishi mumkin (misol-Shevchenko shaxri aholisi dengiz suvini chuchuklashtirish yo'li bilan foydalanadilar, Yaqin sharq mamlakatlarida va shu jumlada Arab amirliklarida ham huddi shunday vaziyat mavjud). Bundan tashqari, bor bo'lgan chuchuk suv manbalari ham sayyoramizdagi quruqlikda bir xilda tarqalgan emas, va hattoki ayrim hollarda shu hududdagi aholi ehtiyojini qondirishga ham yetarli emas darajadadir. O'zbekiston Respublikasida yiliga o'rta hisobda 62-65 km³ (85% qishloq xo'jaligi, 12% sanoat korxonalari uchun va 3% kommunal xizmat uchun)ni tashkil etsa, O'zR-si xududida bor bo'lgan daryolarda xosil bo'ladigan suvlarning umumiy hajmi bor-yo'g'i yiliga 10 km³ ni tashkil etadi. Hattoki Respublikamiz xududida sun'iy tarzda xosil etilgan 53 ta suv omborlaridagi zaxira suvlari ham aholining suv iste'moli ehtiyojini qondira olmaydi, chunki sarflanishi lozim bo'lgan suv iste'molining yig'indi quvvati 16 km³ ga tengdir. Shunday ekan Respublikamizdagi aholining asosiy suv ta'minoti Amu-daryo va Sir-daryoga to'g'ri keladi, vaholanki bu daryolarning boshlanish joylari bizning Respublikada bo'lmay, balki qardosh Respublikalar xududiga to'g'ri keladi. Shuning uchun Sir-daryo va Amu-daryolarning suvidan Turkmaniston, Qirg'iziston, Qozog'iston Respublikalarining aholisi ham foydalanadi, hamda Afg'oniston shu qatorda.

O'zR-si xududida bor bo'lgan suv manbalarining ko'pchiligi kuchli ifloslanishga uchraydi: respublika xududida yiliga suv havzalarining yuzasiga 6 km³ dan ortiq bo'lgan ifloslangan suvlarni chiqarib tashlanadi. Orol oldi mintaqasi, Qoraqalpog'iston hamda sanoat korxonalari zich joylashgan zonalaridagi ochiq suv manbalari ham kuchli ifloslanishga uchraydi. Ifloslanish faqatgina ochiq suv manbalari uchun xos bo'lmay, balki yer osti suv manbalari ham ifloslanishga uchrab turadi. Bunday ifloslanishga uchragan suv manbalaridagi suv qisman tuproq muhiti orqali o'tib yer osti suvlariga

qo'shiladi va regional ifloslanishlarni yuzaga keltiradi, ayrim xududlardagi tuproq muhitining kuchli ifloslanishga uchrashi oqibatida yer osti suvlarining lokal ya'ni cheklangan qismida ifloslanish sodir bo'ladi. Mas., mis va qo'rg'oshinni boyitish fabrikalari va kimyoviy zavodning fosfogips tutuvchi chiqindilari tashlanadigan joylarida iflosliklarning filtrlanishi orqali yer ostiga o'tishi tufayli Pskent tumanidagi ifloslangan yer osti suvlari xosil bo'ldi. Regional ifloslanish shu joylarda chiqindi suvlar saqlanadigan omborlardan suvning oqimi bo'yicha 5 km masofagacha borib, u yerdagi suvlar tarkibida ham selen, kadmiy, fosfatlar kabi ifloslovchi moddalarning kontsentratsiyasi ruxsat etsa bo'ladigan kontsentratsiyalardan (REK) ortiq ekanligi aniqlangan. Farg'ona tumanining Toshloq tumanida joylashga neftni qayta ishlash korxonasidan chiqariladigan chiqindi suv tarkibida neft mahsulotlarining ko'p yillik yashirincha chiqib turishi oqibatida (yer osti neft quvurlaridan) yer sathidan 3 km chuqurlikkacha bo'lgan joyida quvvati 7 km² bo'lgan maydonda erimaydigan neft mahsulotlari areali vujudga kelgan, bu ifloslanish ayniqsa yer osti suvlarining yuqori qismini kuchli ifloslanishiga sababchi bo'lgan.

QUYOSH RADIATSIYASINING GIGIYENIK AHAMIYATI

To'raxonova F., Aminova M., Saloxiddinova R.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Quyosh radiatsiyasi quyosh sathida ketadigan termoyadro reaksiyalar natijasida xosil bo'ladi va ular elektromagnit va korpuskulyar zarrachalardan tashqil topgan bo'ladi. Quyosh radiatsiyasi tarkibidagi optik qismining ahamiyati juda muhimdir. Bu turdagi radiatsiyaning tarkibiga - infraqizil nurlar (760-2800 nM), ultrabinafsha nurlar (290-400 nM), ko'zga ko'rinuvchi nurlar (380-760). Sayyoramizning turli qismlarida quyosh radiatsiyasining qiymati turlichadir va u geografik kengliklarga muvofiq ayrim joylarda turli qiymatlarda o'zgarishi mumkin. Bu qiymatni quyosh doimiyligi deb nomlanadi. Yer sharining ekvator sohasida uning qiymati 1,59 kkal\sm². min, Toshkent sh. atrofida esa - 1,34 kkal\sm².min. ga teng. Quyosh radiatsiyasining bir qismi atmosferada tarqalib ketadi va u atmosfera qatlamlarida yutiladi, bir qismi esa yer sathigacha yetib keldi (to'g'ridan-to'g'ri quyosh radiatsiyasi). Yer yuzasi ham quyosh radiatsiyasini qisman yutish xususiyatiga ega, shu bilan birga uning bir qismini qaytaradi. Yuzalarning quyosh radiatsiyasini qaytarishini albedo deb ataladi va u gigiyenik nuqtai-nazardan muhim ahamiyatga egadir. Chunki ana shu qaytgan radiatsiya hisobiga yer yuzasidagi iqlim sharoiti va ayrim geografik joylardagi mikroiklimni yaratishda ahamiyati kattadir. Bunga misol tariqasida yopiq binolar xonalaridagi mikroiklim sharoitlarini shakllanishini keltirish mumkin. Respublikamizning issiq iqlimi sharoitida bu omilni to'g'ri baholash katta ahamiyatga egadir: uylarining tashqi devorlari qora rangga bo'yalsa, qaytgan nur qiymati ya'ni albedo juda kam bo'lib, natijada shu devorlarning yuzasi qattiq qizishi kuzatiladi. Quyoshdan kelayotgan radiatsiya qoraytirilgan devorlarda to'planadi (akkumulyatsiya) va xona ichidagi haroratni ko'tarilishiga sababchi bo'ladi. O'zbekistonning issiq iqlimi sharoitida bunday mikroiklim odam organizmi uchun qizdiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Shu nuqtai-nazardan bizning sharoitda binolarning tashqi

devorlarini oq, havorangli tushlarga bo'yash eng yaxshi variant deb baholanadi, chunki bunday devorlarning albedosi juda yuqoridir (80-90%).

INFRAQIZIL NURLAR. - quyosh radiatsiyasining yer sathigacha etib keladigan qismining to'liq o'zunligi 760- 1600 nM bo'lgan spektrlarida bo'ladi. Bu nurlar moddalar bilan reaksiyaga kirishib, shu jumladan biologik to'qimalarga ta'sir ko'rsatib, issiqlik samarasini keltirib chiqaradi. Infraqizil nurlarning kichik dozalari organizm to'qimalariga ta'sir ko'rsatib, bu to'qimalarning qon bilan ta'minlanishini yaxshilaydi, biokimyoviy jarayonlarni tezlashtiradi. Infraqizil nurlarning bunday ijobiy ta'sir xususiyatlaridan fizioterapevtik muolajalarda keng foydalanish mumkin.

Odam organizmi uchun juda o'rganish va kundalik turmushda juda ahamiyatli bo'lgan ko'rinuvchi nurlar ham biologik nuqtai-nazardan muhim hisoblanadi. Tabiiy yorug'likning turli darajalarda bo'lishi tufayli huddi boshqa biologik ob'yektlarda bo'lgani kabi, odam organizmida ham biologik marom (bioritm) shakllangan. Biologik marom- bir kunlik, fasllarga doir ya'ni fiziologik va biokimyoviy jarayonlarning bir kecha-kundo'z va yil fasllariga bog'liq holda o'zgarishi bo'lishi mumkin. Quyosh radiatsiyasining ko'zga ko'rinuvchi qismi ko'zning ko'rish funksiyasini ta'minlaydi. Hattoki sun'iy yorug'lik manba'laridan foydalanilganda ham ularning to'liq o'zunliklari va spektral tarkiblari bo'yicha ko'zga ko'rinuvchi nurga yaqinlari eng yaxshi deb baholanadi (400-760 nM). Ko'rinuvchi nurlar organizmga psixofiziologik ta'sir ko'rsatish xususiyatiga egadir. Havo rang, yashil ranglar "sovuqroq" tonlar ko'rinishida, to'q ko'k, to'q yashil, qora ranglar bo'g'uvchi ta'sir samarasiga egadir.

Infraqizil nurlar bevosita ya'ni biror vosita orqali ta'sir ko'rsatuvchi ahamiyatga ham egadir - shu nurlarsiz tabiatda fotosintez jarayoni yuz bermaydi, demak odam organizmiga ovqat mahsulotlari orqali ta'sir ko'rsatar ekan.

Eng yuqori biologik faollikka quyosh radiatsiyasining ultrabinafsha nurlari egadir. Bu nurlarni odamning ko'rish analizatori qabul qila olmaydi, ammo shunga qaramasdan bu nurlar biologik to'qimalarga kuchli ta'sir ko'rsatadi. Bu ta'sirning tabiati ultrabinafsha nurlarning to'liq o'zunliklariga bog'liqdir. Ultrabinafsha nurlarning hamma turlari ham organizmga sog'lomlashtiruvchi, tonusni oshiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

320-400 nM to'liq uzunligidagi UBN eritema-qoraytiruvchi ta'sir ko'rsatish xususiyatiga egadir, uning ta'sirida badan terisining ustki qatlamida MELANIN pigmenti sintezlanadi va badan terisining himoya funksiyasini oshiradi. Ammo, shuni esdan chiqarmaslik kerak-ki, badanni qoraytirish orqali organizmni chiniqtiruvchilar bu muolajani haddan tashqari oshirib yuborganda biz hoxlamaydigan oqibatlarini keltirib chiqarishi mumkin va bunday sharoitda buyrak usti bezining faoliyati juda ortib ketadi va hattoki badan terisida melanomalarni kelib chiqish xavfini ham tug'dirishi mumkin.

290-320 nM to'liq o'zunligidagi UBN antiraxitik ta'sir etish xususiyatiga egadir. Bu nurlar ishtirokida badan terisida fosfor-kaltsiy almashinuvini boshqaruvchi "D" vitamini sintezlanadi. Shuning uchun quyosh nuri bilan yetarli darajada baxramand bo'lmaydigan kishilar organizmida "D" gipovitaminoz holati yuzaga kelishi mumkin va u ayniqsa bolalar organizmida Raxit kasalligini keltirib chiqaradi. Katta yoshli

odamlar organizmida esa (shaxtyorlar, metropoliten ishchilar) suyaklarni mo'rtlashishi, yumshab qolish holatlariga olib kelishi mumkin.

UBN-ning asosiy qismi (200-290 nM) atmosferaning ozon qatlamida ushlanib qoladi va hattoki ana shu qatlamdan oz miqdorda ham o'ta oladigan UBN- lar yer satxigacha etib kelib muhim biologik vazifani bajaradi. Bu to'liq o'zunligidagi nurlar eng faol biologik ta'sir ko'rsatish xususiyatiga egadir. Bunday ta'sir samarasini bakteritsid ta'sir deb nomlanadi. Shu nuqtai-nazardan quyosh radiatsiyasining turar-joy binolari xonalariga, jamoat binolari va kasalxona palatalriga tushishi (insolyatsiya) juda muhimdir, chunki bu nurlar xona havosini sog'lomlashtiruvchi (sanatsiya) omil vazifasini bajaradi. Sun'iy manbalardan xosil qilinadigan qisqa to'liqli UBN-lar (kvarts lampalari) operatsiya xonalari, bakteriologik laboratoriya xonalarining yuzalarini, havosini sanatsiya qilishda foydalaniladi.

ISHLAB CHIQARISH MUHITIDAGI BIOLOGIK OMILLAR

To'raxonova F.M., Kamilov A.A., Yunusov M.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Ishlab chiqarishga doir biologik omillarga biologik ob'ektlar yoki ularning xayotiy faoliyatlari mahsulotlari hisoblanib, ish vaqtida ishchilar ular bilan aloqada bo'ladilar. Bu yo'nalishda eng ko'p ahamiyatga ega bo'lgan omillar makro- va mikroorganizmlar bo'lib, ular bilan aloqada bo'ladigan ishchilarda kasbga oid infektsiyalar yoki invaziyalardir. Bunday ishlar qatoriga yuqumli kasallikka chalingan bemorlar bilan muloqatda bo'lish, kasalliangan qishloq xujaligi xayvonlari bilan muloqatda bo'lish, ayrim turdagi qishloq xo'jaligi mahsulotlarini qayta ishlash bilan aloqada bo'ladigan ishlar (sut, go'sht, mol terilari ya'ni jun), infektsiya bilan ifloslangan materiallar bilan ishlash (bak.laboratoriya), hamda infektsiyani tashuvchilar bilan aloqada bo'lish mumkinligiga bog'liq ish sharoitlari (kanalar) kiradi. Yuqumli kasallik kasbiy bo'lishi mumkin qachon-ki, ishchi ish jarayonida shu nomdagi infektsiya manbai bilan bevosita aloqada bo'lgan bo'lsa, lekin bunda boshqa joyda zararlangan bo'lishini ham inobatga olish kerak (inkubatsion davrni, kontaktda bo'lmaganlik va b.k.). Eng ahamiyatli kasbiy infektsiyalar qatoriga - sil kasalligi, brustellyoz, sap, kuydirgi (sibir yarasi), kanali enstefaoit, ornitoz, "sut sog'uvchilar tugunchasi", mikozlar kiradi. Keltirilgan kasalliklar odamga kasallangan xayvonlardan yuqishi mumkin, shuning uchun ularni kasbiy zoonozlar deyiladi. Ammo kasallik bemor odamlardan ham yo'qishi mumkin yoki kasallangan odamning koni, balgami, siydigi, axlatini tekshirish jarayonida kasallik o'tadi. Bunday holatlarda kelib chiqadigan kasallikka antropoz kasallik deyiladi (gepatit, ich terlama, ichburug, OITS).

Kasbiy infektsiyalarning oldini olish tadbirlariga birinchi navbatda shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishni kiritish mumkin, bundan tashqari, quyidagi tadbirlar katta ahamiyatga egadir:

- kasallangan odam yoki xayvonlarni aniqlash, hisobga olish, izolyatsiya qilish va davolash;
- profilaktik emlash tadbirlarini o'tkazish;

- kasallik tarkalgan joylarni sog'lomlashtiri, jumladan, kasallangan kemiruvchilarni tutish va yo'qotish;
- kasalxonalar, chorvachilik komplekslari, go'sht kombinatlari, sut va terini qayta ishlash zavodlari, bak.laboratoriyalarni gigiyenik talab asosida ko'rish, jixozlash va ulardan to'g'ri foydalanish;
- yuqorida ko'rsatilgan ob'yektlarda sanitar-epidemiologik tartibga rioya qilish;
- ko'rsatilgan ob'yektlardagi xodimlarni gigiyenik qoidalarga o'qitish, ishchilarni maxsus kiyimlar bilan ta'minlash;
- ishchilarni tibbiy ko'riklardan o'tkazib turish.

Nazarda tutish lozim-ki, quyidagi biologik omilar, chunonchi antibiotiklar, mog'orlar, oqsil-vitamin komplekslar (kontsentratlari), achitqilar bilan muloqatda bo'lish mikrobiologik, farmatsevtik korxonalarda bo'lishi mumkin, korxonalarda biotexnologiyalarni qo'llashda kuzatilib, ishchilarda disbakteriozlarni, kandidomikozlarni, allergik kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin.

Bunday xollarda profilaktik tadbirlar birinchi navbatda ko'rsatilgan omillarning miqdorini ishlab chiqarish muhitida kamaytirishga karatilgan bo'lishi kerak.

ТИББИЙ ХОДИМЛАРНИ ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНИШИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК БАХОЛАШ

Маматкулов Т.Т., Ибрагимова Ф.Ч.

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Аннотация. Мақола тиббиёт ходимлари ўртасида ОИВ инфекциясидан касалланиш ҳолати, юқиш йўллари ва профилактика ишларини ташкил этишнинг долзарб муаммолари тўғридаги маълумотларни ўрганишга бағишланган.

Калит сўзлар: ОИТС, ОИВ инфекцияси, ОИВ билан зарарланган шахслар, тиббий ва нотиббий авариялар, касбий зарарланиш, мулоқатдан кейинги профилактика, АРВТ.

Масаланинг долзарблиги. ОИВ инфекциясини популяцияда кенг тарқалганлиги ва барқарор ўсиши замонавий тиббиётнинг долзарб ва жиддий муаммоларидан биридир. Ҳозирги вақтда жаҳонда 45 млндан ортиқ шахс ОИВ инфекцияси билан яшамоқда, йилига 1.7 млн. дан кўпроқ шахс ОИВ инфекцияси билан рўйхатга олинмоқда. Ушбу касаллик Ўзбекистон аҳолисини ҳам четлаб ўтмаган, ОИВ инфекцияси билан яшаётган шахслар 65 000 нафардан кўп кишини ташкил этмоқда, шу жумладан юқоридаги касаллик ҳолатлари Самарқанд вилояти аҳолиси орасида ҳам 4200 нафардан ортиқдир. Тиббий ходимлар ўртасидаги ОИВ инфекцияси билан рўйхатга олинганлар сони 53 нафарга етди.

Тадқиқотнинг мақсади: Самарқанд вилояти мисолида тиббий ходимларнинг ОИВ инфекцияси билан зарарланишини (2005-2023 йилларда) таҳлил қилиш ва профилактик тadbirlарни тadbиқ этишга йўналтирилгандир.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тиббий ходимлар тўғрисидаги маълумотлар ва тадқиқот ишлари Самарқанд ОИТСга қарши курашиш марказида олиб борилди. Тадқиқот маълумотлари йиллик якуний ҳисоботларга

асосланилди ва тиббий ходимлар орасида ОИВ инфекциясини қайд этилиши кузатилиб, таҳлил қилиб борилди.

Тадқиқот натижалари: Вилоятда 38 000 дан ортиқ тиббий ходимлар фаолият кўрсатмоқда, шулардан 53 нафари (0,14%) ОИВ инфекцияси билан зарарланган.

ОИВ инфекцияси билан зарарланганларнинг 16,98% (9 таси) ни врачлар, 49% (26 таси) ни ўрта тиббиёт ходимлари 33,9% (18 таси) ни кичик тиббиёт ходимлари ташкил этган. Шунинг учун тиббий ходимлар жуда эҳтиёткорлик билан ишлаши ёки ҳар бир миқдори ОИВ инфекцияси билан оғриган шахс сифатида қабул этишлари керак.

ОИВ инфекцияли шахслар жарроҳлар, стоматологлар, гинекологлар, қон ва биологик суюқликлар билан ишловчи тиббий ходимлар учун катта хавф туғдиради (3). Юқиш хавфи тиббий ходимлар техника хавфсизлигини сақламаган ҳолларда, тиббий авария ҳолатларида, биологик суюқликлар ва ўткир кесувчи тиббий жиҳозлар билан ишлашда рўй беради.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, кўпчилик ҳолатларда тиббий ходимлар ОИВ инфекцияси билан зарарланиб қолиши, уларнинг ушбу инфекция ҳақида билимларининг пастлиги ва мулоқотдан кейинги профилактика тадбирларини яхши билмаслиги туфайлидир.

ОИВ инфекциясидан тиббий ходимларни ҳимоя қилишда махсус ва махсус бўлмаган муҳофаза этиш усуллари мавжуд.

Махсус профилактика усуллари:

ОИВ инфекциясида профилактик тадбирларнинг махсус усуллари, жарроҳлик ва қон махсулотлари билан ишлаш жараёнида тиббий авария ҳолатлари рўй берганда амалга оширилади Бундай ҳолатда тиббий ходим антиретровирус препаратларини 2 соатдан 72 соат оралигида кечиктирилмасдан стандарт схема асосда қабул қилиши лозим.

Мулоқотдан кейинги профилактика (МКП) тадбирлари тиббий ходимга вақтинчалик кузатув картаси орқали олиб борилади ва унга барча лаборатория текширувлари натижалари, розилик хати, МКП учун бериладиган дорилар номи, миқдори кўрсатилади. МКПнинг давомийлиги 4 ҳафта (28 кун) ни ташкил этади.

Мулоқотдан кейинги профилактика курси қуйидаги схема асосида олиб борилади:

- Лопинавир/ритонавир 2 таблеткадан 2 маҳал бир кунда+зидовудин/ламивудин 1 таблеткадан 2 маҳал бир кунда берилади.

- Зидовудин 300 мг дан суткасига 2 мартадан овқатланиш пайтида ичилади.

- Атазанавир (АТУ) 300 мг дан 1 марта овқатланиш пайтида ичилади.

- Агар юқоридаги дорилар бўлмаса, жойида бор бўлган антиретровирус дорилар: тимазид (зидовудин), эпивир (ламивудин) каби дорилар ишлатилади (6.).

- Мулоқотдаги тиббий ходимлар албатта «Вилоят ОИТСга қарши курашиш маркази»га қисқа вақтда учрашиши ва ОИВ инфекциясига текширилиши лозим.

Ўтказилган тадқиқот бўйича берилган тавсиялар:

1. Барча тиббиёт ходимларини хавфсиз инъекция тамойиллари асосида ўқитиш;
2. Тиббиёт ходимларини тиббий авария турлари, келиб чиқиш сабаблари, тиббий авария ҳолатларида махсус профилактика курсини ўтказиш қоидаларига риоя қилиш бўйича билим савиясини ошириш.

**MAMLAKATIMIZDA SANITARIYA-EPIDEMOLOGIK OSOYISHTALIK
VA JAMOAT XAVFSIZLIGINI TA'MINLASH TO'G'RISIDA**

Mamatkulov T.T., Xudoyqulova G.T.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Annotatsiya: Mazkur maqolada epidemiologiya, uning mazmun-mohiyati, o'rganilish asoslari haqida, Sharq va G'arb olimlarining nazariyalari haqida ma'lumotlar keltirib o'tildi. Shuningdek, mamlakatimizdagi epidemiologik vaziyat va unga qarshi qaratilgan davlat siyosati to'g'risida ma'lumotlar keltirib o'tildi.

Kalit so'zlar: epidemiologiya, Gippokrat, Ar-Roziy, Ibn Sino, "Tib qonunlari", sanitariya.

Epidemiologiya - tibbiyotning bir sohasi. Infekcion kasalliklarni kelib chiqish sabablari, tarqalishini o'rganadi, shuningdek, ularga qarshi kurash hamda oldini olish choralari ishlab chiqadi. Epidemiologiya biologiya, mikrobiologiya, virusologiy, genetika, biokimyo, fizika va boshqalar fanlar bilan chambarchas bog'liq hisoblanadi. Umumiy epidemiologiya yuqumli kasalliklar tasnifining evolyutsion asoslari, epidemik jarayon, epidemiologiyaning kategoriya va qonuniyatlarini o'rganadi. Xususiy epidemiologiya har bir yuqumli kasallikning o'ziga xos tarixi, qo'zg'atuvchisi, epidemiologiyasi, infeksiya manbai, yuqish yo'llari va vositalari, unga qarshi kurash va oldini olish usullarini o'rganadi. Uning tarixi uzoq o'tmishga borib taqaladi. Zardushtiylikning muqaddas kitobi Avestoda diniy va falsafiy masalalar bilan birga tibbiyotga, xususan, yuqumli kasalliklarning tarqalishiga va ularning oldini olishga oid fikrlar bitilgan. Ayrim kasalliklarning hayvonlardan yuqishi, shuningdek, bemor bilan muloqotda bo'lganda kasallik yuqishi mumkinligi va uningqo'zg'atuvchisi organizmga turli yo'llar - og'iz, burun va jinsiy a'zolar orqali kirishi o'sha davrdayoq ma'lum bo'lgan.

Yuqumli kasalliklarni ilmiy jihatdan asoslashga urinishlar Gippokrat, o'rta asrlarda Roziy, Ibn Sino va boshqalarning asarlarida o'z ifodasini topgan. Abu Ali ibn Sino o'zining "Tib qonunlari" asarida kasalliklarni keltirib chiqaruvchi asosiy sabablar, ularni qo'zg'atuvchi omillar, kasallik alomatlari va ularning oldini olish haqida fikrlar bildirgan. Unda bir qancha xavfli yuqumli kasalliklar (vabo, o'lat, chin chechak, sil va boshqalar)ning ko'zga ko'rinmas qo'zg'atuvchilari va ularning mexanizmi, shuningdek, yuqumli kasalliklarning vujudga kelishida ifloslangan suv, havo kabi tashqi omillar muhim rol o'ynashi haqida ma'lumotlar keltirilgan. Ar-Roziy chin chechak, ko'kyo'tal kasalliklarini ta'riflab bergan. U o'z asarlarida birinchilardan bo'lib chin chechak kasalligining oldini olish uchun sog'lom kishilarni bemorlarning

chechak (pustula) pufakchasidan olingan suyuqlik bilan emlash to'g'risida fikr yuritgan.

Mamlakatimizda epidemiologiyaning rivoji epidemiologiya, mikrobiologiya va yuqumli kasalliklar institutshshsh tashkil etilishi, L. M. Isayev, P.F.Borovski, T.X.Najmiddinov kabi yirik olimlarning O'zbekistonda bir qancha yuqumli kasalliklarga, jumladan, bezgak, rishta, leyshmanioz, ich terlamaga qarshi qurashishda erishgan muvaffaqiyatlari bilan bog'liq. Shuningdek, o'zbek olimlari A.Z.Zohidov, S.N.Bobojonov, I.Q.Musaboyev va boshqalar epidemiologiya sohasida olib borgan ishlari bilan sanitariya va epidemiologiya rivojiga salmoqli hissa qo'shdilar. Respublikada yuqumli kasalliklar epidemiologiyasini o'rganish va ularning oldini olish tadbirlarini ishlab chiqish, yuqumli kasalliklarni kamaytirish masalalari ustida tadqiqotlar olib borilmoqda.

Davlatimiz rahbarining "O'zbekiston Respublikasi sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va jamoat salomatligi xizmati faoliyatini tashkil qilish chora-tadbirlari to'g'risida" gi qaroriga muvofiq, inson salomatligiga ta'sir etuvchi xavfli omillarni boshqarish, tizimli monitoringini olib borish va tahlil qilishning yangi shakl va usullarini ishlab chiqish hamda amaliyotga joriy etish, oziq-ovqat xavfsizligi sohasida davlat va xo'jalik boshqaruvi organlarining faoliyatini muvofiqlashtirish va ular bilan hamkorlik qilish, oziq-ovqat xomashyosi va iste'mol mahsulotlarini ishlab chiqarish, tashish, saqlash va sotish faoliyati ustidan belgilangan tartibda nazorat qilish; sog'lom turmush tarzini shakllantirish, aholining tibbiy madaniyatini oshirish va tibbiy profilaktika bo'yicha kompleks chora-tadbirlarni ishlab chiqish hamda ularning amalga oshirilishini ta'minlash; davlat va idoraviy tibbiyot statistikasini yuritish, to'plash, tahlil qilishiga uslubiy rahbarlik qilish, aholi salomatligiga salbiy ta'sir qiluvchi omillarni aniqlash maqsadida zarur tekshirishlar va so'rovlar o'tkazishga alohida e'tibor qaratildi. Sanitariya-epidemiologiya xizmati va uning tizimidagi tashkilotlar, jumladan, karantinli va inson uchun xavfli bo'lgan boshqa yuqumli kasalliklar paydo bo'lishi hamda tarqalishi sharoitida epidemiyalarga qarshi kurashish qoidalarini buzishga oid huquqbuzarlik sodir etgan shaxslarga nisbatan tegishli tibbiy asoslar mavjud bo'lgan taqdirda karantinda saqlash yoki davolanish tarzidagi tibbiy yo'sindagi majburlov chorasini qo'llash huquqiga ega. Qaror bilan Sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va jamoat salomatligi xizmati to'g'risidagi Nizom tasdiqlandi.

Sanitariya-epidemiologiya xizmati aholining sanitariya-epidemiologik osoyishtaligi va jamoat salomatligi sohasida yagona davlat siyosatini amalga oshirish uchun javobgar bo'lgan vakolatli davlat boshqaruvi organi hisoblanadi. Sanitariya-epidemiologiya xizmati aholining sanitariya-epidemiologik osoyishtaligi va jamoat salomatligi sohasida yagona davlat siyosatini amalga oshirish uchun javobgar bo'lgan vakolatli davlat boshqaruvi organi hisoblanib, Sog'liqni saqlash vazirligi tarkibiga kiradi.

Qaror bilan quyidagilar tashkil qilindi:

Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazi huzurida yuridik maqomiga ega bo'lmagan Biologik xavfsizlik.

Sanitariya-epidemiologiya xizmati markaziy apparati va uning hududiy bo'linmalarida tegishli Sog'liqni saqlash ko'rsatkichlari tahlili va istiqbolni belgilash markazi va uning bo'linmalari

Hozirgi vaqtda epidemik kasalliklarning yuzaga kelishi, tarqalishi va yo'qotilishini o'rganuvchi yangi bir yo'nalish – yuqumli bo'lmagan kasalliklar epidemiologiyasi yuzaga keldi. Uning asosiy vazifasi bunday kasalliklarning etiologiyasi va patogeneziga doir ma'lumotlarni tahlil qilish asosida ularga qarshi profilaktika usullarini ishlab chiqish hamda aholi orasida xavfli o'sma kasalliklari va boshqalar surunkali yuqumli bo'lmagan kasalliklardan yuzaga keluvchi o'lim hollarini kamaytirishdan iborat. Toshkent tibbiyot akademiyasida, shuningdek, O'zbekistondagi mavjud barcha tibbiyot intlarida, Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutida epidemiologiya kafedralari mavjud.

Xulosa o'rnida shuni aytish joizki, bugungi kunda sanitariya-epidemiologiya sohasini yanada rivojlantirish maqsadida juda ham ko'plab islohotlar izchilikda amalga oshirilmoqda. Chunki, sabablar ma'lum bo'lsa, ko'plab kasalliklarning oldini olish mumkin bo'ladi. Epidemiologiya usullari ko'plab sababchi omillarni aniqlashda juda muhim bo'lib, ular o'z navbatida kasalliklar, shikastlanishlar va erta o'limning oldini olishga qaratilgan sog'liqni saqlash siyosatiga olib keladi.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ (БИОЛОГИЧЕСКИХ, ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ) ФАКТОРОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Каршиева С.У., Солижонова У.И., Рахимов Б.Б.

Ташкентский международный университет Кимё

Ключевые слова: экология; здоровье; экологические факторы; особо опасные инфекции (ООИ); шум; излучение; злокачественная опухоль

Введение. Экология - это наука о законах взаимодействия живых организмов со средой их обитания. Также здоровье человека в большой степени зависит от экологии, она влияет на организм в положительной и отрицательной стороны.

Экологические факторы играют значительную роль в повседневной жизни человека, оказывая влияние на его здоровье и благополучие (1). В данной научной работе рассматривается воздействие биологических, физических и химических экологических факторов на организм человека.

Биологические факторы включают в себя микроорганизмы, вирусы и паразиты, способные вызывать инфекционные заболевания (2).

Физические факторы, такие как ультрафиолетовое излучение, радиация и шум, могут оказывать негативное воздействие на организм и вызывать проблемы со здоровьем.

Химические экологические факторы, такие как загрязнение воздуха и воды токсичными веществами, пестициды, тяжелые металлы и другие химические вещества, могут быть причиной различных заболеваний, включая аллергии, отравления и рак (3,4).

Понимание воздействия экологических факторов на здоровье человека имеет важное значение для разработки мер по охране окружающей среды и обеспечения безопасности и благополучия населения.

Экология исследует взаимодействие между живыми организмами и их окружающей средой. Важно отметить, что здоровье человека в значительной мере зависит от состояния окружающей среды, которая оказывает как положительное, так и отрицательное воздействие на организм.

Согласно Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), здоровье определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней.

Экологические факторы, воздействующие на здоровье человека, можно разделить на две категории: биотические, связанные с живой природой (например, микробиологические факторы), и абиотические, связанные с неживой природой (например, физические и химические факторы).

К числу основных негативных микробиологических факторов относятся вирусы, бактерии, простейшие и грибки, которые могут выделять токсические вещества в окружающую среду. Патогенные микроорганизмы, вирусы и бактерии могут быть источником особо опасных инфекций (ООИ), которые представляют угрозу для человечества. Массовые вспышки инфекций, такие как чума, холера и другие заболевания, способные передаваться контактным путем, могут привести к эпидемиям и вносить серьезные изменения в природные экосистемы.

В последние годы все чаще применяются генетически модифицированные организмы (ГМО), что может вызвать вспышки инфекционных заболеваний и нарушить баланс экосистем, оказывая отрицательное воздействие на окружающую среду и человеческий организм.

Методы. Для исследования влияния экологических факторов на здоровье человека был проведен обзор научной литературы по этой теме. Были проанализированы результаты предыдущих исследований, проведенных в области экологии и здоровья человека, а также данные Всемирной Организации Здравоохранения и других медицинских организаций.

Результаты. Среди основных физических факторов, негативно воздействующих на человека, можно выделить шум, излучение, радиоактивность и электрический ток.

Шум является значимым физическим фактором, поскольку его большое количество может вызвать серьезные последствия для здоровья человека, такие как повышение кровяного давления, нарушение сна, стресс и ишемическая болезнь сердца. Поэтому влияние шума на организм человека не должно быть недооценено.

Излучение, включая ультрафиолетовое излучение (УФ), имеет как положительное, так и отрицательное воздействие на организм. УФ-излучение способствует выработке витамина D, укрепляющего костные ткани и опорно-двигательный аппарат, однако при избыточной дозе может привести к

негативным последствиям, таким как эритема (ожог кожи), головные боли, утомляемость, учащение сердцебиения и другие.

К хроническим последствиям излучения относятся различные виды рака кожи:

- меланома кожи-злокачественная опухоль кожи;
- базальноклеточная карцинома (БКК)- медленно развивающийся рак кожи, возникающий больше у пожилых людей;
- плоскоклеточная карцинома (ПМК)- злокачественная опухоль, медленно развивается и реже приводит к смерти.

По данным ВОЗ в 2019 г. воздействию ультрафиолетового излучения Солнца в ходе работы вне помещений подвергалось 1,6 миллиона человек, вступивших в трудовой возраст (от 15 лет и старше), или 28% всего населения трудоспособного возраста. Только в 2019 г. немеланомный рак кожи, вызванный работой на открытом воздухе под солнцем, стал причиной смерти почти 19 000 человек в 183 странах. Большинство из них (65%) составляют лица мужского пола. Случаи смертности составляло 18 960 человек.

Химические факторы являются особо опасными из-за их способности к накоплению в организме человека и вызову хронического отравления. Они могут проявляться в виде различных действий на организм, таких как токсическое воздействие, вызывающее аллергические реакции, раздражение кожи, образование злокачественных опухолей и генетические изменения:

- токсическое- в результате ядов и химикатов;
- сенсibiliзирующее- вызывает аллергию;
- раздражающее- происходит поражение кожи;
- канцерогенное- может вызвать образование злокачественных опухолей;
- мутагенное- может вызвать генетические изменения.

При кратковременном, но высокодозном воздействии возможно проявление острой интоксикации, а при экстремально высоких дозах может наступить смерть.

Было выявлено, что биологические, физические и химические факторы оказывают разнообразное воздействие на здоровье человека. Биологические факторы, такие как инфекции, могут вызывать широкий спектр заболеваний, включая особо опасные инфекции. Физические факторы, включая шум и излучение, могут приводить к различным проблемам здоровья, включая нарушения сна и развитие рака кожи. Химические факторы, такие как токсичные вещества в окружающей среде, могут вызывать отравления и другие серьезные заболевания.

Обсуждение. Исследование подтвердило важность понимания влияния экологических факторов на здоровье человека. Результаты работы подчеркивают необходимость разработки и реализации мер по охране окружающей среды и улучшению общественного здоровья.

Заключение. Экологические факторы, включая биологические, физические и химические воздействия, играют существенную роль в определении здоровья и благополучия человека. Изучение и понимание влияния этих факторов на

организм человека не только важно для нашего собственного благополучия, но и имеет значительное значение для общественного здравоохранения и экологической безопасности. В целом, комплексное понимание экологических факторов, их воздействия на здоровье человека и эффективное применение мер по снижению рисков являются необходимыми для создания здоровой и безопасной среды обитания, способствуя улучшению качества жизни и снижению бремени болезней населения.

Литература:

1. В. М. Евстропов, С. В. Старченко, А. С. Климов // Молодой исследователь Дона, 2019. – № 3 (18). – С. 23–27.
2. Алексеенко В.А. Жизнедеятельность и биосфера. – Москва: «Логос», 2005 –229 с.
3. Файзиева, С. А. (2017). Экология Узбекистана: проблемы и их решения. В современное экологическое состояние природной среды и научно-практические аспекты рационального природопользования (pp. 167-171).
4. Salomova, F. I., Rakhimov, B. B., Jalolov, N. N., Sultonov, E. Y., & Oblakulov, A. G. (2023). ATMOSPHERIC AIR OF THE CITY OF NAVOI: QUALITY ASSESSMENT. British Journal of Global Ecology and Sustainable Development, 15, 121-125.
5. Денисова, В. В. Экология: учебное пособие / В. В. Денисова. –2-е изд. перераб. доп.– М.: ИКЦ «МаРТ», 2004. – 672 с.

**НУРЛАНТИРИЛГАН ЭРИТРОЦИТЛАРНИНГ ТУРЛИ ЭНДОГЕН
МОДДАЛАРНИ СОРБЦИЯЛАШ/ЮТИШ ҚОБИЛИЯТИ**

Қурбанова Л.Ж.

Тошкент тиббиёт академияси

Ионлантирувчи радиациянинг паст дозаларининг мембрананинг структур-функционал ҳолатига таъсирини ўрганиш радиацион шикастланишнинг молекуляр механизмларини ва ушбу омил таъсирига нисбатан пайдо бўладиган хужайралар қаршилигини ўрганиш нуктаи назаридан долзарбдир. Охирги вақтда атроф-муҳитнинг шикастловчи омиллари сабабли хужайраларнинг шикастланиш механизмининг янги концепцияси таклиф қилинди, унга кўра осмотик гомеостаз тизими хужайраларнинг радиацион, ултратовушли, кислотали ва иссиқлик таъсири натижасидаги шикастланишларининг энг критик нишонларидан бири деб ҳисобланади. Қонни сақлашда эритроцитлар мембраналарининг шикастланиши эритроцитларнинг оқиш ҳоссаларини, айнан деформацияланиш, агрегацияланиш ва эритроцитларнинг томир эндотелиал хужайраларига ёпишиш хусусиятларини ёмонлаштириши мумкин.

Илмий ишимизнинг мақсади нурлантирилган эритроцитларнинг сорбциялаш қобилиятини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотлар фақат донорлар қонидан ўтказилганлиги туфайли тажрибалар ўтказиш учун қон Республика қон қуйиш марказида (Тошкент, Ўзбекистон Республикаси) ўзбек миллатига оид 21-62 ёшли

жами 48 эркак донорлардан олинди. Тадқиқотлар нурлантирилган эритроцитларни умумий оксил, альбумин, глюкоза, холестерин, триглицерид, юқори зичликдаги липопротеидлар, паст зичликдаги липопротеидлар, мочевино ва креатинин каби эндоген моддаларни сорбциялаш/ютиш қобилияти ўрганилди. Қон плазмаси таркиби HumaStar 100 (Германия Федератив Республикаси) автоматик биокимёвий анализатори ёрдамида аниқланди.

Олинган натижалар тахлили. Эритроцитларни сорбциялаш/ютиш қобилиятини шунингдек нурлантирилган эритроцитларда ҳам ўрганилди. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, нурлантирилган эритроцитларнинг умумий оксилларни сорбциялаш қобилияти назоратга нисбатан 3,2 маротаба ортиқ экан (4.2-жадвал). Бунда назоратдаги эритроцитлар 1 минутига 489 мг оксилни адсорбциялагани ҳолда, нурлантирилган эритроцитлар 1 минутига 1560 мг оксилни адсорбциялаган. Нурлантирилган эритроцитларни альбуминни сорбциялаш қобилиятида ўзгариш кузатилмади. Нурлантирилган эритроцитларни глюкозани ютиши 100 %ни ташкил қилди. Нурлантирилган эритроцитларни липидларни сорбциялаш қобилиятини ўрганиш уларни бирламчи плазма билан инкубация қилинганда холестеринни миқдори инкубацион муҳитда 14 %га ортганлигини кўрсатди. Бу сорбция ўрнига десорбция кетганлигини аниқлатади. Ҳисоблашлар нурлантирилган эритроцитлар холестеринни муҳитга минутига 24 мкмоль миқдорида десорбциялаганини кўрсатди. Нурлантирилган эритроцитлар триглицеридлар ҳамда ЮЗЛПларни деярли сорбцияламади. Шу билан бирга нурлантирилган эритроцитларда ПЗЛПлар десорбцияси кузатилди. Бунда ушбу липопротеидлар эритроцит мембраналаридан муҳитга минутига 28 мкмоль миқдорида ажралиб чиқди. Нурлантирилган эритроцитлар мочевинани ҳам десорбциялади, бунда десорбция тешилиги минутига 102 мкмольни ташкил қилди (назоратда сорбция кузатилди). Нурлантирилган эритроцитлар креатининни ҳам деярли сорбцияламади.

Шундай қилиб, нурлантирилган эритроцитларда турли эндоген моддаларни сорбциялаш/ютиш қобилиятида жуда катта ўзгаришлар кузатилади экан. Бунда эндоген моддаларни нафақат сорбциялаш/ютиш, балки тескари жараёнлар ҳам, яъни десорбция ҳам кузатилади экан.

ЮВИЛГАН ЭРИТРОЦИТЛАРНИНГ ТУРЛИ ЭНДОГЕН МОДДАЛАРНИ СОРБЦИЯЛАШ/ЮТИШ ҚОБИЛИЯТИ

Саидов А.Б., Қурбанова Л.Ж.

Тошкент тиббий академияси

Эритроцитлар ювилганда уларнинг юзаси ундаги моддалардан қисман озод қилинади. Агар ушбу ювилган эритроцитлар плазмага жойлаштирилса, унда бундай тизимнинг ҳолати мувозанатсиз бўлади, яъни плазмадан эритроцитлар юзасига йўналган молекулалар оқими тескари оқимдан ошиб кетади. Вақт ўтиши билан плазмадан эритроцитларга йўналган оқим сусаяди, қарши оқим эса кучаяди. Шунинг учун бир мунча вақт ўтгач, бу оқимлар мувозанатлашади ва эритроцитлар юзасидаги ҳамда плазмадаги субстратлар миқдори ўзгариши

тўхтайди. Мувозанат ҳолати энди плазмадаги камроқ миқдордаги молекулалар мос келади, уларнинг бир қисми эритроцитлар мембраналарида чўккан. Олинган натижалар ювилган донор эритроцитларнинг плазма компонентларини сорбция қилиш универсал хусусияти ҳақида гапиришга имкон беради. Моддаларнинг табиий сорбентлари бўлган Моддаларнинг табиий сорбентлари бўлган эритроцитлар бу функцияни организмимизда доимий равишда бажаради. Улар нафақат ўзига хос газ ташиш функциясини бажарадилар, балки бутун танадаги метаболизмни сақлашда ҳам иштирок этади. Эритроцитларнинг мембраналар юзасида турли моддаларни сорбция қилиш хусусияти қон тизимининг трофик, дезинтоксикация, буфер ва метаболик функцияларини таъминлайди. Эритроцитлар зарур моддаларни қондан тўқималарга тез ва танлаб ўтказади, қондан метаболитларни, денатурацияланган оксилларни, атероген липидларни ва кимёвий фаоллиги юқори бўлган бошқа моддаларни чиқариб ташлайди, плазма таркибидаги бир қатор моддаларни, хусусан, водород ионларини (H⁺) меъёрий диапазонда сақлайди.

Илмий ишимизнинг мақсади ювилган эритроцитларнинг сорбциялаш қобилиятини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотлар фақат донорлар қонида ўтказилганлиги туфайли тажрибалар ўтказиш учун қон Республика қон қуйиш марказида (Тошкент, Ўзбекистон Республикаси) ўзбек миллатига оид 21-62 ёшли жами 48 эркак донорлардан олинди. Тадқиқотлар ювилган эритроцитларни умумий оксил, альбумин, глюкоза, холестерин, триглицерид, юқори зичликдаги липопротеидлар, паст зичликдаги липопротеидлар, мочевино ва креатинин каби эндоген моддаларни сорбциялаш/ютиш қобилияти ўрганилди. Қон плазмаси таркиби HumaStar 100 (Германия Федератив Республикаси) автоматик биокимёвий анализатори ёрдамида аниқланди.

Олинган натижалар таҳлили. Ювилган эритроцитларнинг умумий оксилларни сорбциялаш қобилияти назоратга нисбатан 3 маротаба ортиқ экан. Яъни назоратдаги эритроцитлар 1 минутига 489 мг оксилни адсорбциялаган бўлса, ювилган эритроцитлар 1 минутига 1440 мг оксилни адсорбциялаган. Ювилган эритроцитларни альбуминни сорбциялаш қобилияти ҳам назоратга нисбатан 1,3 марта ортиқлиги (назоратдаги 711 мг/мин га қарши 900 мг/мин) аниқланди. Назоратда глюкозанинг ютилиши 148 мкмоль/мин бўлган бўлса, ювилган эритроцитлар минутига 838 мкмоль глюкозани ютди. Ювилган эритроцитларни липидларни сорбциялаш қобилиятини ҳам ўргандик. Тадқиқот натижалари ювилган эритроцитларни холестеринни сорбциялаш қобилияти назоратга нисбатан 2,7 марта ортганлигини кўрсатди. Ювилган эритроцитларни триглицеридларни сорбциялаш қобилияти 1,5 марта юқори бўлди. ЮЗЛП назорат ва ювилган эритроцитлар томонидан сорбцияланиш тезлиги бир-биридан фарқланмади. Шу билан бирга ювилган эритроцитлар томонидан ПЗЛПларни сорбцияланиши назоратга нисбатан 1,7 марта паст бўлди. Ювилган эритроцитларни мочевинани ютиш тезлиги назоратга нисбатан 1,2 марта юқори, креатининни сорбциялаш қобилияти эса 4,9 марта юқори бўлди.

Шундай қилиб, ювилган эритроцитларда турли эндоген моддаларни сорбциялаш/ютиш қобилятида анча катта ўзгаришлар кузатилад экан. Бунда эндоген моддаларни сорбциялаш/ютиш тезлиги асосан ортар экан.

ОСНОВЫ ПИТАНИЯ В ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ

Тухтаров Б.Э., Валиева М.У.

Самаркандский государственный медицинский университет

Питание лиц социально уязвимых групп населения, в том числе иждивенцев домов интерната является актуальной проблемой. Насколько правильно оно построено в значительной мере зависит продолжительность жизни человека, и его здоровье. Голодание или переедание, систематическое недоедание, низкокалорийная или, наоборот, высококалорийная пища, неполноценное по своему витаминному и аминокислотному составу или преимущественно углеводное питание или же питание неправильное по соотношению основных пищевых веществ (белков, жиров и углеводов), не могут не отразиться на течении обменных процессов в организме и не сказаться на общем его состоянии [1,2,9]. Различные нарушения в питании могут быть причиной развития некоторых заболеваний и в свою очередь, способствовать преждевременному старению организма. Особое внимание заслуживают лица находящиеся в домах интернатах для инвалидов [8]. Такие учреждения в Узбекистане получили название дома-интернаты «Саховат». Соответственно, требующего пересмотра исходя из задач медицинской практики сегодняшнего дня.

Материалы и методы. Объектами исследования явилось 2 дома-интерната «Саховат» г.Ташкента и Ташкентской области. Репрезентативная группа сформирована методом случайной выборки и носила сплошной характер. В исследовании приняли участие 302 респондентов в возрасте свыше 60 лет, в том числе мужчины – 136 (54,0%) и женщины – 116 (46,0%), проживающие в Узбекистане (таблица 1). Из них лица пожилого возраста – 59,1% человек, старческого возраста – 38,0% человек и долгожителей 2,9%, средний возраст составил $71 \pm 0,40$ лет.

Критерии для исключения из исследования: возраст моложе 60 лет. Состояния здоровья опекаемых в доме интернате «Саховат» изучены анализом карт медицинского наблюдения. Фактическое питание изучалось методом частотного и 24-часового воспроизведения, рекомендованного ВОЗ для эпидемиологических исследований [4,5]. При оценке адекватности питания за референтные величины были взяты нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различной половозрастной группы Республики Узбекистан [6], а также нормативы потребления микронутриентов по шкале ФАО/ВОЗ [1].

В целях нутрициональной оценки рационов питания и алиментарных факторов риска здоровью нами изучено 2500 меню-раскладок домов – интернатов «Саховат» по 26 показателям: белки общие и животные, жиры общие и растительные, углеводы, ди-моносахариды, полисахариды, пектин,

холестерин, энергетическая ценность, соли кальция, фосфора, железа, магния, содержание витаминов А, бета-каротина, тиамина, рибофлавина, пиридоксина, цианкобаламина, витамина С, Д, Е, РР, фолиевой кислоты и клетчатки по сезонам года по А.А.Покровского (1977г) [7,10].

Результаты. Как показывают данные анализа заболеваемости опекаемых в домах интернатах «Саховат», 100% опекаемых нуждаются в стоматологической помощи, 58,3% опекаемых нуждаются в диете № 10 по системы Певзнера (заболевания сердечно-сосудистой системы), 47,2% в диете №9 (эндокринологические патологии), 43,7% в диетическом питании N1 (язвенная болезнь желудка, 12-перстеной кишки и гиперацидные гастриты), 30,1% в диете №2 (колиты), 26,15% в диете N 5 (заболевания печени и желчевыводящих путей), 22,2% в диете N 7 (заболевания почек). В целом 100% опекаемых в домах престарелых нуждаются в тех или иных видах диетического питания (таблица №1).

Таблица 1

Структурный половозрастной состав исследуемых опекунов в домах-интернатах «Саховат»

Женщины, лет			Мужчины, лет			Итого, абс\%		
60-74 абс.%	75-89 абс. %	св. 90 абс. %	60-74 абс.%	75-89 абс. %	св. 90 абс. %	60-74 абс.%	75-89 абс. %	св. 90 абс. %
57\22,6	44\17,4	5\1,9	92\36,5	52\20,6	2\0,8	149\59,1	96\38,0	7\2,7

Наибольшая потребность установлена в отношении диеты №10 – сердечно-сосудистые патологии. Так, 72,1% мужчин и 75,0% женщин в возрасте 75-89 лет среди опекаемых в домах-интернатах страдают сердечно-сосудистыми патологиями.

Анализ функционального состояния жевательной функции опекаемых в домах престарелых, также показывает 100% нуждаемость в легкоперевариваемой диетической пище.

Нутрициональная оценка среднесуточных рационов питания опекаемых показало его достаточно высокую энергетическую ценность (3513 ± 43 ккал), высокий уровень содержания общих белков $144,3 \pm 11$ г., углеводов $515,4 \pm 22$ г.

Как показывает анализ среднесуточного потребления пищевых продуктов в рационах фактического питания в домах «Саховат», по содержанию мяса, молока, сахара среднесуточные рационы питания не отличаются от принятых норм для данного учреждения. Между тем, по остальным видам продуктов питания имеются значительные отличия, как по сезонам года, так и по отдельным домам престарелых, так как, по данным продуктам питания среднесуточные нормы питания определены в обобщающем виде, например, хлебобулочные и макаронные изделия, овощи и фрукты и т.д. В связи с чем, в среднесуточном потреблении продуктов питания по всем исследуемым объектам и сезонам года преобладают мучные и макаронные изделия, в летне-осеннем сезоне также лук, морковь и капуста. Так, среднесуточное содержание вермишели и макарон в отдельные дни достигают 80-100 г., вместо

рекомендуемых 20,0 г. Среднесуточное содержание лука, моркови и капусты в летне-осеннем сезоне составляют $70,0 \pm 12,0$ г., $65 \pm 10,0$ г. и $75,0 \pm 11,0$ г., соответственно, вместо предусмотренных рекомендуемыми нормами для данной категории возрастных групп-30,0; 40,0; 32-44 гг. по республике. В среднесуточных рационах домов престарелых из крупяных изделий преобладает крупа перловая, горох и рисовая крупа и редко включаются местные зернобобовые продукты, такие как ловия, маш, нухат, что связано недостатками нормирования.

Удельный вес энергетической ценности среднесуточных рационов питания за счет белков составляет 14,67%, и не много превышает рекомендуемых норм (11-13%), за счет жиров 26.09%, при рекомендуемых 26-27% и значительное превышение нормативов (55%) составляют углеводы (57,2%).

Как показывает анализ структурного состава среднесуточных рационов питания, она не предусматривает специфику потребностей организма лиц пожилого и старческого возраста в диетическом питании.

Обсуждение. Необходимо отметить, что норма питания рассчитана на европейскую кухню и не предусматривает учета фармакодинамических и гипосенсибилизирующих свойств местных продуктов питания.

Как показывает оценка нутриомной ценности и структуры среднесуточных рационов, в сравнении с физиологическими потребностями в энергии и основных пищевых веществ опекаемыми в домах престарелых с физиологической нормой потребности для лиц пожилого и старческого возраста показывает дефицит жиров растительного происхождения, белков животного происхождения, витаминов С, А, В6, В12, Е.

Заключение. Установлено, что 58,3% опекаемых нуждаются в диете №10 по системы Певзнера (заболевания сердечно-сосудистой системы), 47,2% в диете №9 (эндокринологические патологии), 43,7% в диетическом питании №1 (язвенная болезнь желудка, 12-перстений кишки и гиперацидные гастриты), 30,1% в диете №2 (колиты), 26,15% в диете №5 (заболевания печени и желчевыводящих путей), 22,2% в диете №7 (заболевания почек). Нутрициональная оценка среднесуточных рационов питания опекаемых показало его достаточно высокую энергетическую ценность (3513 ± 43 ккал), высокий уровень содержания общих белков $144,3 \pm 11$ г., углеводов $515,4 \pm 22$ г., дефицит жиров растительного происхождения, белков животного происхождения, витаминов С, А, В6, В12, Е.

Литература

1. Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, (2005). «Питание и здоровье в Европе, Новая основа для действий» (WHO regional publications. European series; No. 96).
2. Давыдова О.В. (2014). Организация питания пожилых людей в геронтологических центрах. В кн. «Здоровье человека и экологически чистые продукты питания-2014». Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Орел. 181–6.

3. СанПиН Республики Узбекистан №0232-07. «Гигиенические требования к организации питания и среднесуточные нормы набора продуктов по домам интернатам для престарелых и инвалидов, психоневротиков и глубоко умственно-отсталых детей, санаториев, специализированных колледжей для лиц с ограниченными возможностями, реабилитационных центров для инвалидов», утвержденные Главным Государственным санитарным врачом от 22.08.2007 г.(www.minzdrav.uz).

4. WILLETT, W.C. (2000). Will high-carbohydrate/low-fat diets reduce the risk of coronary heart disease? Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine, 225:187–190.

5. Сост, А.Н., Мартинчик, А.К., Батурич, А.И., Феоктистова, И.В. (1996). Методические рекомендации по оценке количества потребляемой пищи методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания: Метод. Рекомендации. Науч. исслед. институт питания Рос. Акад. мед. наук.

6. СанПиН №0347-17 (2017). «Физиологические нормы потребностей в пищевых веществах и энергии по половозрастным и профессиональным группам населения республики Узбекистан для поддержания здорового питания».

7. Покровского, А.А. (1977). Химический состав состав пищевых продуктов. Справочные таблицы. Пищевая промышленность. -232.

8. Нефедьева Е.И., Кудрявцев С.И. (2017). Социально-экономическая адаптация граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарных условиях социального обслуживания. Baikal Research Journal. vol. 8, no. 3. 23-30.

9. Тетенова Г.П., Дмитриченко Е.С., Третьякова С.Ю., Лукина Т.В., Букина Т.В. (2011). Сбалансированное питание престарелых и инвалидов введением в рацион белковой смеси «Нутринор» Клиническая геронтология. 3-4. 79-81.

10. Худайбергенов А.С., Ким Э.Н., Яллаев Х.Н., Тухтаров Б.Э. (2003). Среднесуточные рекомендуемые нормы потребления пищевых продуктов для расчета минимального потребительского бюджета населения Узбекистана: Сан ПиН РУз №0135-03. -5.

SURUNKALI JIGAR KASALLIGINI KELITIRIB CHIQARUVCHI XAVF OMILLARINING TAXLILI

Urinov A.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dunyoda surunkali jigar kasalliklar, ayniqsa, surunkali virusli gepatit va jigar sirrozini davolash, ularning oqibatlarini oldini olish tibbiy va ijtimoiy muammo bo'lib qolmoqda. Jigar kasalliklarining profilaktikasi va diagnostikasi, davolash usullari rivojlanishiga qaramasdan ushbu xastaliklardan o'lim ko'rsatkichlari yetakchi o'rinlarni egallab kelmoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotiga ko'ra «barcha kasalliklar ichida jigar sirrozidan o'lim o'ninchi o'rinda turadi». Surunkali jigar kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolash jarayoni katta moddiy xarajatlarni talab etadi. Bu nafaqat davolash uchun sarflanadigan xarajatlar, balki bilvosita xarajatlar bo'lib, ular vaqtinchalik mehnat qobiliyatini yo'qotish bilan bog'liqdir. Jigar

siirrozi o'linga olib keluvchi ovqat xazm qilish a'zolari xastaliklari orasida birinchi o'rinni egallaydi.

Ilmiy ishimizning asosiy maqsadi jigar siirrozi kasalligini kelib chiqishida ijtimoiy-gigienik xavf omillari o'rganish bo'ldi. Buning uchun bemorlar orasida maxsus tuzilgan anekta-so'rovnoma orqali ularning ijtimoiy holati o'rganildi. Aholi orasida keksa yoshdagi odamlar ulushining oshishi bilan jigar shikastlangan bemorlar sonining ko'payishi haqida aytib o'tilgan. Bizning tadqiqotlarimiz natijalari ham aksariyat hollarda katta yoshdagi bemorlarda jigarlarning shikastlanish darajasi yuqori ekanligini ko'rsatmoqda. Xususan 18 yoshdan 39 yoshgacha bo'lgan bemorlar erkaklar orasida 17,3% ni, ayollar orasida esa 16,9% ni, 40 va undan katta yoshdagi bemorlar mos ravishda 82,6 va 93%ni tashkil qildi.

Ma'lumoti va ijtimoiy holati yuqori darajada bo'lgan bemorlar o'rtasida olib borilgan profilaktik chora-tadbirlarning samaradorligi ma'lumoti va ijtimoiy sharoiti past bo'lgan bemorlar o'rtasida o'tkazilgan tadbirlar samarasidan biroz yuqoriligini inobatga olgan holda bemorlarning ma'lumotlilik darajasi va ijtimoiy holati tahlil qilindi. Asosiy guruhdagi bemorlarning 2/3 qismi o'rta ma'lumotli, deyarli 1/3 qismi oliy ma'lumotli. Ikki nafar bemorda tugallanmagan o'rta ma'lumot aniqlandi. Kuzatuv ostidagi bemorlarning 44,8% mehnat qobiliyatini yo'qotgan, 21,9% ishsiz va 33,3% muqobil ish joyiga egaligi qayd qilindi. Asosiy guruhdagi bemorlarning jigar siirrozi bilan kasallanish davomiyligini tahlil qilganimizda, kasallikni 1 yilgacha boshidan kechirayotganlar har ikkala jins vakillarida deyarli bir xil ko'rsatkichni oldik – 11,6% (ayollarda – 5 nafar, erkaklarda – 6 nafar). 2-3 yil davomida davolanayotgan ayollar erkaklarga nisbatan kamroqni (4%ga) tashkil qilgan bo'lsa, 4 yildan ortiq vaqt davomida kasallik bilan aziyat chekayotgan erkaklar ayollarga nisbatan ko'pligi (25%ga) aniqlandi. Insonlarda har qanday kasallikning rivojlanishida irsiy omilning ahamiyati katta. So'rovnoma asosida ayol bemorlarning yaqin qarindoshlari orasida JSh ning mavjudligi bo'yicha erkak bemorlar ko'rsatkichi bilan bir xil (12%) ekanligi aniqlandi. Ilmiy izlanishlarimiz davom etmoqda.

ГЕНИТАЛ МИКРОФЛОРА ВА УНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Хужаева Ш.А.

Алфраганус университети

Биосферанинг барча фаолияти микроорганизмлар билан бевосита боғлиқдир. Табиатда ва одам организмида ишониш қийин бўлган даражада, яъни жуда кўп сондаги ва турдаги микроорганизмлар мавжуд. Одам танаси микрофлорасини ўрганиш ҳозирги кунда клиник микробиологларнинг диққат марказида турган муаммолардан биридир. Кўп омиллар, масалан, урбанизация, экологик муаммолар, антибиотиклар ва жуда кўп макроорганизм иммун тизимига таъсир қилувчи омиллар натижасида одам организмида эволюция жараёнида ҳосил бўлган микробиоценозларда катта ўзгаришлар пайдо бўлди. Бошқа микробиоценозлар каби, генитал микрофлора меъёрида облигат ва транзитор микроорганизмлардан иборат. Аввал генитал микрофлора доимий ва

бир хил таркибга эга деб ҳисобланган. Кейинчалик микроорганизмларни ўстиришнинг янги усуллари ишлаб чиқилди ва бунинг натижасида генитал микрофлора кўп компонентли ва ўзгарувчан деган хулосага келинди.

Қин микрофлорасининг энг асосий хусусияти – бу эстрогенга боғлиқлигидир. Шунинг учун ҳам, қин микрофлорасининг миқдор ва сифатий кўрсаткичлари аёллар ҳаётининг ҳар хил давларида турлича бўлади (болалик даври, жинсий етилиш даври, ҳайз даври, репродуктив давр, постменопауза даври). Ҳар қайси биотоп маълум бир турдаги микроорганизмларга эга (1, 2).

Янги туғилган қиз болаларда қин меъёрида ҳаётининг 1 - соатларида стерил бўлади. 1-сутканинг охирларига келиб, аэроб ва факультатив анаэроб микроорганизмлар тўпланади. Бир неча кундан сўнг лактобактериялар кўпайиши бошланади. Буни қуйидагича тушунтириш мумкин: онадан болага трансплацентар йўл билан ўтган эстрогенлар вагинал эпителийда гликоген тўпланишига олиб келади ва гликоген лактобактериялар кўпайиши учун субстрат ролини бажаради. Лактобактериялар гликогенни сут кислотасига парчалаб, рН ни кислотали томонга (4,4-4,6 гача) силжитади ва кислотали муҳитга сезгир бўлган микроорганизмларнинг ўсиши ва кўпайишига тўсқинлик қилади. Бу даврда чақалоқларнинг қин микрофлораси соғлом аёл қин микрофлорасига ўхшаш бўлади (3,4).

Туғилгандан уч ҳафта ўтгач онадан ўтган эстрогенлар тўлиқ парчаланиб кетади ва эпителий юпқа, “етилмаган” ҳолга келади. Ундаги гликоген миқдорининг камайиши меъёрий микрофлоранинг, айниқса, лактобактерияларнинг, шунингдек улар ишлаб чиқарадиган органик кислоталар миқдорининг камайишига олиб келади ва натижада генитал муҳит рН 4,5 дан 7,0 гача кўтарилади. Муҳит рН ининг нейтрал кўрсаткичга яқинлашуви оксидланиш-қайтарилиш потенциали камайишига ва лактобактериялар миқдорининг янада камайишига сабаб бўлади. Бунинг натижасида қатъий анаэроб микроорганизмлар микрофлорада доминантликка эришади (4, 5).

Пубертатлик даврида қизлар организмида тухумдонлар функцияси бошланиши туфайли эндоген эстрогенлар пайдо бўлади ва эстроген таъсирида қин эпителий ҳужайраларида гликоген тўпланади. Эпителий қават қалинлашади ва лактобактериялар адгезияси учун рецепторлар сони кўпаяди. Шу даврдан бошлаб, қин микрофлорасида лактобактериялар доминантликка эришади ва бу ҳолат аёлларнинг бутун репродуктив даврида сақланиб қолади. Лактобактериялар метаболизми натижасида рН муҳит 3,8-4,4 гача силжийди. Вагинал муҳитда оксидланиш – қайтарилиш потенциали ошиб, қатъий анаэроб микроорганизмлар ўсиши ва кўпайиши учун ноқулай шароит юзага келади.

Соғлом туғруқ ёшидаги аёлларда эстрогенлар ҳайз даврининг пролифератив (фолликуляр) босқичида, прогестерон гормони эса секретор (лютеин) босқичида таъсир этиб туради. Шу сабабли, қин микрофлорасининг сифат ва миқдорий таркиби ҳақидаги энг кўп маълумотни ҳайз даврининг 2-14 кунларида олиш мумкин. Ҳайз даврида микроорганизмлар кам миқдорда аниқланади. Ҳайзнинг биринчи кунда тўқималарнинг редокс-потенциали камаяди ва эндометрий дегенератив ҳужайраларнинг ҳамда қон шаклли элементларининг сонининг

ошиши ҳисобига қин рН 5,0-6,0 гача кўтарилади. Бунда лактобациллаларнинг умумий миқдори камайиб, факультатив ва қатъий анаэроб бактериялар сонининг ортиши кузатилади.

Ҳайз тугагач лактобациллалар тез тикланади ва секретор босқич ўрталарида максимал даражага етади, чунки бу вақтга келиб қин эпителийсида гликоген энг кўп миқдорда бўлади. Бу жараён сут кислота миқдорининг ошиши ва рН кўрсаткичининг 3,8-4,5 гача пасайиши билан кузатилади. Ҳайз олди даврида қинда умумий микроорганизмлар сони 10^9 КХҚБ/мл ни ташкил қилади.

Меъёрий микрофлоранинг турли аэроб ва қатъий анаэроб микроорганизм вакиллари секретор босқичга нисбатан пролифератив босқичда кўп учрайди. Ҳайз циклининг пролифератив босқичида аёллар организмида инфекцияларга мойиллик ортади. Шундай маълумотлар борки, ҳайз циклининг пролифератив босқичида гистерэктомия қилинган аёлларда операциядан кейинги яллиғланиш асоратлари 31,6% ни, секретор босқичида операция ўтказилганда эса, бундай асоратлар 18% ни ташкил этган.

Ҳомиладорлик даврида қинда гликоген миқдори ошиб борганлиги туфайли лактобактериялар ҳаёт фаолияти учун қулай шароит юзага келади. Ушбу даврда бактериодлар, спора ҳосил қилмайдиган қатъий анаэроблар ва аэроб Грам (+) шарсимон ва Грам (-) таёқчасимон бактериялар сони камаёди. Бу ўзгаришлар ҳомиладорликнинг учинчи триместрида энг юқори нуқтада бўлади (5).

Туғруқ қин микрофлораси таркибини сифат ва миқдор жиҳатдан ўзгаришларига сабаб бўлади (2): спора ҳосил қилмайдиган Грам (-) анаэроб бактериодлар, эшерихийлар кўпайиб, лакто- ва бифидобактериялар сони камаёди. Туғруқдан 3-4 кун ўтгач, вагинал микрофлора бузилишлари турли хил асоратлар ривожланишини осонлаштиради. Лекин бу микрофлора ўзгаришлари транзитор бўлиб, туғруқдан 6 ҳафта ўтгач меъёргача тикланади.

Менопауза даврида генитал трактда эстрогенлар, гликоген миқдори ва оксидланиш-қайтарилиш потенциали сезиларли даражада пасаяди, бифидо- ва лактобактериялар миқдори камайиб, рН нейтрал кўрсаткичга эга бўлади. Микрофлора таркиби сифат ва миқдор жиҳатдан энг паст кўрсаткичларни ташкил қилади. Қин микрофлорасининг асосий қисмини қатъий анаэроб бактериялар эгаллайди (4).

Физиологик ҳолатларда цервикал канал одатда стерил бўлади, фақатгина бачадон бўйнининг ташқи томонида микроорганизмлар аниқланади. Бу микроорганизмлар вагинал флора таркибига ўхшаш бўлади.

Шундай қилиб, аёллар генитал микрофлораси жуда кенг қамровли. Улар гениталийнинг турли бўлимларида турлича ва ўзига хос кўринишда намоён бўлади. Генитал инфекциялар кўтарилишида энг асосий тўсиқ ва иммун фаолликка эга бўлган жой – бу бачадон бўйни ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Abduvaliyevna O.D. (2024). Latin's role and future prospects in medical terminology. American Journal Of Social Sciences And Humanity Research, 4(01), 137-149.

2. Мухамедов И.М., Махкамova Д.Э., Мухамедов Б.И. Микроэкология влагалища, её нарушения и пути их коррекции //Учебное пособие. – Ташкент, 2004. – 119 с.

3. TORCH–инфекции и беременность. /Саидкариев Б.К., Худайбердиев Я.К., Саидкариев У.Б., Мирзаева У.Н. //«ООО ARNAPRINT»: – Т., 2005. – 47 с.

4. Хужаева Ш.А. Айрим TORCH–инфекцияларда кин, ичак микрофлораси ва маҳаллий иммунитет тизими ҳолати, уларни коррекциялаш йўллари //Тибб. фан. номз. дисс. – Тошкент, 2008. – 150 б.

5. Хужаева Ш.А., Курбанова С.Ю., Ташханова Д.Я. Вагинал лактобактерияларнинг биологик хусусиятлари. Ўзбекистон тиббиёт журнали Тошкент, 2016. №2. 147-151 б.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПИЩЕВОЙ ДОБАВКИ

Шерқузиева Г. Ф., Саломова Ф.И., Юлдашева Ф.У.

Ташкентская медицинская академия

Пищевые добавки оцениваются на предмет токсичности, канцерогенности, мутагенности и других показателей. На основании токсикологической экспертизы при необходимости определяется допустимая дневная доза (ДДД), указывающая количество вещества на килограмм массы тела, которое на протяжении всей жизни человек может ежедневно употреблять без ущерба для здоровья. Массовое внедрение биологически активных добавок (БАД) к пище позволяет решить проблему обеспечения населения наиболее дефицитными нутриентами, которые помогут повысить сопротивляемость организма человека неблагоприятным условиям среды обитания, улучшить качество жизни больных, снизить риск возникновения наиболее распространенных заболеваний, а в результате существенно улучшить показатели здоровья нации в целом.

Пищевая добавка «Fassgel» - это смесь гидроколлоидов для использования в колбасных продуктах и деликатесов для увеличения выхода и предотвращения потери влаги при варке. Применяется при производстве всех видов колбасных изделий, растворяется в холодной воде, образуя белый, прочный гель, и связывая 15-20-кратное количество воды относительно своего веса.

Определение параметров острой токсичности веществ проведено в условиях однократного внутрижелудочного введения добавок к пище в дозах 1000, 2500 и 5000 мг/кг. Для тестирования в условиях острой токсичности: для животных 1 группы при воздействии дозы 1000 мг/кг были приготовлены 40 % растворы двух веществ. Каждому животному вводили однократно 0,5 мл/200 гр. массы тела. Для животных 2-й группы при воздействии дозы 2500 мг/кг были приготовлены 50% растворы веществ, Каждому животному однократно вводили 1,0 мл/200 гр. массы тела. Для животных 3-й группы при воздействии дозы 5000 мг/кг были приготовлены 33,33% растворы веществ, Каждому животному однократно вводили 3,0 мл/200 гр. массы тела.

Наблюдение за экспериментальными животными проводилось на протяжении 14 суток. Симптомы интоксикации у животных не выявлены. Опытные животные на внешние раздражители реагировали адекватно. Волосистой покров блестящий и гладкий, очаги облысения или язв не обнаружены. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, без изменений. Гибель животных не выявлена при воздействии максимальной дозы 5000 мг/кг. В связи с отсутствием гибели животных, рассчитать среднесмертельную дозу (DL50) не представилось возможным.

Таким образом, пищевой добавка «Fassgel», по параметрам степени токсичности можно отнести к IV классу (малотоксичные вещества).

ICHIMLIK SUVINING SIFAT KO'RSATKICHLARINI TEKSHIRISH NATIJALARI

**Sherqo'ziyeva G.F., Bahriddinova M.N.,
Egamberdiveva Z.Z., Boysariyeva M.R.**
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti baholashicha 1.1 milliard kishi toza ichimlik suvidan mahrum, jami 2,4 milliard odam oddiy sanitariya sharoitlari bilan ta'minlanmagan. Qishloq aholi joylarida aholining 29 % toza suvdan 62 % sanitariya sharoitlaridan bebahra. Suv yer yuzining 71% ni egallaydi, odamzod tanasining 65% suv tashkil etadi, inson ishlab chiqarish faoliyatining ajralmas komponenti hisoblanadi. Sanoat va turar joy, qurilish, aholi soni tez o'sishi suv manbalarini toza saqlab qolishga imkon bermasdi, bu narsa shaharda murakkab sanitariya epidemiologik vaziyatni yuzaga keltiradi, faqat suv o'tkazgich tarmoqlari tabiiy manbalardan suv olish, uni tozalash, zararsizlantirish, tashishi hamda aholi, sanoat korxonalari va boshqalarga uzatishni ta'minlovchi muxandislik inshootlari va qurilmalari majmuasini qurishgina bu muammoni hal etadi. Ma'lumotlarga ko'ra 2000-yilda umumiy aholisi 2.1 mlr kishini tashkil etadigan 61 ta davlatda suv ishlatilishi me'yordan kam bo'lgan, 2005-yilda kelib esa 4.2 mlr (Yer aholisining 45%) kuniga 50 litr suv bilan aholisini ta'minlay olmaydigan mamlakatda yashashiga to'g'ri keladi. Aholini gigiyena talablariga javob beradigan toza ichimlik suvi bilan ta'minlash qolaversa inson salomatligini va turli kasalliklardan asrash muhim rol o'ynaydi.

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda biz aholining toza ichimlik suvi bilan ta'minlashda uning sifatini yillar dinamikasida kuzatib taxlil qildik va quyidagi natijalarni oldik: 2019-yilda kuzatuv nuqtalari 318 ta bo'lib ulardan kimyoviy ko'rsatkichlar uchun 3845 (100%) ta namuna olindi va ulardan 413 (10%) tasi gigiyenik talablarga javob bermadi. 2020-yilda kimyoviy ko'rsatkichlar uchun 4340 (100%) ta namuna olindi va ulardan 379 (8,7%) tasi gigiyenik talablarga javob bermadi. 2021-yilda esa kimyoviy ko'rsatkichlar uchun 4547 (100%) ta namuna olindi va ulardan 466 (10%) tasi gigiyenik talablarga javob bermadi. Olingan namunalarni bakterologik ko'rsatkichlar bo'yicha ham laboratoriya tekshirishdan o'tkazdik va natijalar quyidagicha bo'ldi: 2013-yilda bakterologik ko'rsatkichlar uchun 10143 (100%) ta namuna olindi va ulardan 876 (8,6%) tasi gigiyenik talablarga javob

bermadi. 2014-yilda bakteriologik ko'rsatkichlar uchun 7269 (100%) ta namuna olindi va ulardan 661 (9,0%) tasi gigiyenik talablarga javob bermadi. 2015-yilda esa kimyoviy ko'rsatkichlar uchun 7866 (100%) ta namuna olindi va ulardan 510 (6,4%) tasi gigiyenik talablarga javob bermadi. Ichimlik suvining sifatini yillar dinamikasida ko'rib chiqadigan bo'lsak kimyoviy ko'rsatkichlar bo'yicha 2019 va 2021-yillarda suvning sifati gigiyenik talablarga javob bermaydigan namunalar soni 2020-yilga nisbatan ko'pni tashkil etdi.

SUV HAVZALARI SUVNING SIFATINI EKOLOGO GIGIYENIK BAHOLASH NATIJALARI

Sherqo'ziyeva G.F., Abdullaev J.I.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Ishning dolzarbligi. Suv havzalarining butun dunyodagi sathi juda katta bo'lib, yer kurrasida 29,2% qoladi, ya'ni 70,8% suv tashkil etadi. Planetamizda suv miqdorining nihoyatda ko'pligi insonlarda qandaydir tinchlanishni, xavotirsizlanishni o'zlariga yaqin yo'ldosh qilib olganlar, chunki insonlar suvning bitmas tuganmas boylik deb o'ylaydilar. Suvning juda ko'p miqdori sho'r, xo'jalik va ichish uchun yaroqsiz suvlardir, chuchuk suvlar esa juda kam miqdorni tashkil etadi. Buning ustiga chuchuk suv asosan qutblardagi muzliklar va tog'lardagi qorlarni tashkil qiladi. Ularning miqdori yer qurrasida 28 mln.m ni tashkil qiladi. Suv faqatgina inson ehtiyojlari uchun kerak bo'lmay, balki o'simliklar, hayvonlar, sanoat korxonalari va boshqalar uchun doimo kerak bo'lgan biosferaning asosiy qismidir. Aholi sonining o'sishi, shahar qurilishining taraqqiyoti, uy joy va yangi korxonalarining paydo bo'lishi suvning sarfini tobora ko'paytirmoqda. Bizning davlatimizda har bir kishiga sarflanadigan kunlik suv miqdori o'rtacha 170 litrga yetadi, katta shaharlarda esa 300 litrdan ortiqdir. Ammo ilm fan, texnika taraqqiyoti, hozirgi zamon industiriyasi tashqi muhitni nihoyatda tezlik bilan ifloslantirib ekologik krizis tug'dirilishiga sabab bo'lmoqda. Industirlashtirish shaharlarda, yirik sanoat korxonalarining bir joyga yig'ilib qolishga, odamlarning sonini ortib ketishiga sabab bo'lmoqda, ko'plab uy joylarning qurilishi kommunal obyektlarni paydo bo'lishi suvni ko'plab ishlatilishini talab qilmoqda. Bu o'z navbatida suv havzalarini chiqindi suv iflosliklaridan muhofaza qilishni talab etadi. Aslini olganda XX asrning ikkinchi yarmida boshlab ko'p suv havzalarining muhofaza qilish masalalari juda keskinlashib ketdi, chunki tabiatga insonni texnik ta'siri kuchayib ketdi. Hozirgi ba'zi bir faktlarga qaraganda, daryo, ko'l va suv omborlarining chuchuk suvi hajmi 25000 km ga teng, bu chuchuk suvlar yer kurrasidagi odamlarning ehtiyojini qondiradigan suv miqdori, ammo shu suv havzalariga har yili 450 km chiqindi suv, ifloslangan suvlar tashlanmoqda, uning faqat 50% chala yarim tozalanmoqda. «Suvloyixa» instituti bergan ma'lumotlar bo'yicha O'zbekistonda suvning eng ko'p qismi (98% gacha) yerlarni sug'orish va qishloq xo'jalik maqsadlarida ishlatiladi. Hozirgi vaqtda respublikada suv resurslari 105,17 km, shundan 64,5 km respublikadan tranzit holatda o'tadi, ya'ni ochiq suv havzalari zahirasi 40 km (40000 mln.m) tashkil qiladi. Shu sababli ochiq suv havzalaridan foydalanish bir muncha qiyinchiliklar keltirib chiqaradi. Bundan tashqari ochiq suv

havzalariga tushirilayotgan chiqindi suvlarning miqdori yildan yilga ko'payib bormoqda, ya'ni 1970-yilda 4910 ming.m sutkasiga tashkil qilgan bo'lsa, ushbu miqdor 1980-yilga kelib 9794,7 mln.m tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasi mustaqillikka erishganidan so'ng respublikamizda tashqi muhit obyektlarini, chunonchi suv havzalarini turli xili ifloslanishdan sanitariya muhofazalashga qaratilgan bir qancha chora tadbirlar o'tkazildi va qarorlar ishlab chiqildi.

Ishning maqsadi. Yuqorida ko'rsatilgan dolzarb muammolarga asosan suv havzalarini sanitariya muhofazalashda suvning sifatini doimiy nazorat qilib turish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Shu sababli biz Toshket shahar Olmazor tumanidan oqib o'tuvchi ochiq suv havzalarning suvni laboratoriya tekshirishdan o'tkazdik va quyidagi natijalarni oldik: tuman hududidan 4 ta ochiq suv havzasi "Kaykovuz", "Qora-Qamish", "Qichquruq" va "Damashi" kanallari oqib o'tadi. 2015-yilda umumiy namunalar soni 90 (100%) ta bo'lib, ulardan 36 tasi gigiyenik talablarga javob bermagan, ular asosan "Qichquruq" kanalidan olingan 15 ta namunada, "Kaykovuz" kanali suvida esa 10 ta namunada azot ammiak miqdori gigiyenik me'yorlardan yuqori bo'lgan, shu bilan birga suvning kislorodga bo'lgan ehtiyoji (KBE) ham ushbu kanallar suvida 4-5 ta namunada gigiyenik talabga javob bermagan. 2016-yili suvning sifatini tekshirish uchun umumiy namunalar soni 90 (100%) ta bo'lib, ulardan 30 tasi gigiyenik talablarga javob bermagan va asosan azot ammiak miqdori gigiyenik me'yorlardan yuqori bo'lgan. 2017-yilda esa umumiy namunalar soni uchun 90 (100%) ta bo'lib, ulardan 42 tasi gigiyenik talablarga javob bermadi, ular asosan "Qichquruq" kanalidan olingan 11 ta namunada, "Kaykovuz" kanali suvida esa 15 ta namunada azot ammiak miqdori gigiyenik me'yorlardan yuqori bo'lgan

Xulosa. Olingan tekshirish natijalaridan shuni xulosa qilish mumkinki, "Kaykovuz" va "Qichquruq" ochiq suv havzalari suvda barcha yillarda azot ammiak miqdori va shu bilan birga suvning kislorodga bo'lgan ehtiyoji (KBE) ham ushbu kanallar suvida yuqori bo'lgan, "Qora-Qamish" va "Damashi" ochiq suv havzalari suvi ularga nisbatan toza ekanligi aniqlandi.

SUV RESURSLARINING IFLOSLANISH HOLATI

Salomova F.I., Sherqo'ziyeva G.F., Iskandarov A.B., Urmanova L.D.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Ilm fan va texnika taraqqiyoti hozirgi zamon industiriyasi tashqi muhitni nihoyatda tezlik bilan ifloslantirib ekologik krizis tug'dirilishiga sabab bo'lmoqda. Industirlashtirish shaharlarda, yirik sanoat korxonalarining bir joyga yig'ilib qolishga, odamlarning sonini ortib ketishiga sabab bo'lmoqda, ko'plab uy joylarning qurilishi kommunal obyektlarni paydo bo'lishi suvni ko'plab ishlatilishini talab qilmoqda. Bu o'z navbatida suv havzalarini chiqindi suv iflosliklaridan muhofaza qilishni talab etadi. Aslini olganda XX asrning ikkinchi yarmida boshlab ko'p suv havzalarining muhofaza qilish masalalari juda keskinlashib ketdi, chunki tabiatga insonni texnik ta'siri kuchayib ketdi. Aholi sonining o'sishi, shahar qurilishining taraqqiyoti, uy joy va yangi korxonalarning paydo bo'lishi suvning sarfini tobora ko'paytirmoqda. Bizning davlatimizda har bir kishiga sarflanadigan kunlik suv miqdori o'rtacha 170 litrga

yetadi, katta shaharlarda esa 300 litrdan ortiqdir. Hozirgi ba'zi bir faktlarga qaraganda, daryo, ko'l va suv omborlarining chuchuk suvi hajmi 25000 km ga teng, bu chuchuk suvlar yer kurrasidagi odamlarning ehtiyojini qondiradigan suv miqdori, ammo shu suv havzalariga har yili 450 km chiqindi suv, ifloslangan suvlar tashlanmoqda, uning faqat 50% chala yarim tozalanmoqda. Ma'lumotlar bo'yicha O'zbekistonda suvning eng ko'p qismi (98% gacha) yerlarni sug'orish va qishloq xo'jalik maqsadlarida ishlatiladi. Hozirgi vaqtda respublikada suv resurslari 105,17 km, shundan 64,5 km respublikadan tranzit holatda o'tadi, ya'ni ochiq suv havzalari zahirasi 40 km (40000 mln.m) tashkil qiladi. Shu sababli ochiq suv havzalaridan foydalanish bir muncha qiyinchiliklar keltirib chiqaradi.

Yuqorida ko'rsatilgan dolzarb muammolarga asosan suv havzalarini sanitariya muhofazalashda suvning sifatini doimiy nazorat qilib turish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Shu sababli biz aholi yashash joylaridan oqib o'tuvchi ochiq suv havzasi suvning laboratoriya tekshirishdan o'tkazdik va quyidagi natijalarni oldik: 2015-yilda umumiy namunalar soni 90 (100%) ta bo'lib, ulardan 36 tasi gigiyenik talablarga javob bermagan, 2016-yili suvning sifatini tekshirish uchun umumiy namunalar soni 90 (100%) ta bo'lib, ulardan 30 tasi gigiyenik talablarga javob bermagan va asosan azot ammiak miqdori gigiyenik me'yorlardan yuqori bo'lgan. 2017-yilda esa umumiy namunalar soni uchun 90 (100%) ta bo'lib, ulardan 42 tasi gigiyenik talablarga javob bermagan.

Olingan tekshirish natijalaridan shuni xulosa qilish mumkin ochiq suv havzasi suvda barcha yillarda azot ammiak miqdori va shu bilan birga suvning kislorodga bo'lgan ehtiyoji (KBE) ham yuqori bo'lgan.

PROPHYLACTIC GIARDIASIS
Dilmurodova O.B, Kamilova A.Sh.
Tashkent medical academy

Giardiasis (giardiasis) is an invasive disease caused by Giardia. In humans, giardiasis is caused by *Lamblia Escherichia coli*. There are mobile (vegetative) and immobile (cystic) forms of Giardia. The source of the disease is a person infected with Giardia. Giardia enters the gastrointestinal tract of a healthy person, multiplies in the small intestine and damages its mucous membrane. They move from the small intestine to the large intestine (this is an unfavorable place for them), lose movement and turn into cysts. They come out with feces. Giardia cysts are well preserved in the external environment. The disease is transmitted by eating Giardia-contaminated food products (especially fruits and vegetables) and drinking water, as well as through dirty hands and household items. Cysts are found in feces in 5-12% of adults in different geographic regions. Giardiasis most often occurs in children. Clinical signs vary depending on the organ affected. More intestines and bile ducts are affected. Sometimes the symptoms of the disease do not appear, enteritis, cholecystitis, etc. can occur together. When examined, Giardia cysts can be found in feces, and its vegetative forms can be found in grass (bile). The causative agents - lamblia (*Lamblia intestinalis*) occur in a vegetative form (trophozoites) and form cysts. has the ability The vegetative

form is active and mobile, has a pear-shaped shape. The anterior part of the body is blunt, the posterior part is sharp, length 9-18 microns. There are suction cups at the front of the body. They have 2 nuclei and 4 pairs of cells. The cells have partially penetrated the cytoplasm and form two longitudinal bundles, clearly visible when stained. The movement is characteristic; the parasite always moves sideways around its axis. The drug quickly kills Giardia at room temperature. He sucked the food with his whole body. Multiplies by dividing lengthwise. Cysts are inactive forms of Giardia. Its length is 10-14 microns, oval in shape, and the shell is relatively thick. In Lugol's solution it turns yellow-brown. In a stained mature cyst, 4 nuclei can be seen. *Giardia* live in the upper parts of the small intestine, attaching to the villi using suction cups. They cannot live in the gallbladder because the bile kills them. A large number of them during duodenal probing is explained by the fact that *Giardia* has fallen out of the walls of the duodenum. Vegetative forms are usually not excreted in the stool, but may appear in the stool during diarrhea. When *Giardia* enters the lower intestines, they enter an unfavorable environment and, unable to live there, turn into cysts, which are usually excreted in the feces. A person can become infected through dirty hands, toys, food and water. Cysts enter the intestines and acquire vegetative forms. Two vegetative forms are formed from one cyst. *Giardia* is common, especially in children. When they enter the body in large quantities, they can mechanically damage the intestinal mucous membranes and, to a certain extent, cause malabsorption. This may include mild abdominal pain, flatulence (flatulence) and bloating, constipation, loss of appetite, nausea, and sometimes pain under the right rib. In some cases, *Giardia* causes an exacerbation of other diseases of the intestines and biliary tract in the body. *Giardia* is usually easy to identify in infected people. If feces have formed, cysts are detected in the smear using a microscope. At the same time, a smear stained with Lugol's solution is examined. Motile vegetative forms can be found in fresh liquid feces and in material obtained by a duodenal tube. The detection of cysts in the stool is sufficient confirmation of the diagnosis, so there is no need to examine the material to determine their vegetative form.

POLIMER ISHLAB CHIQARISH KORXONALARI ISHCHILARI SALOMATLIK HOLATINI BAHOLASH

Azizova F.L., Kamilov Dj.Y.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dolzarbliqi. O'zbekistonda ishlab chiqarish korxonalari zamonaviy mehnat sharoiti, ishchilar va atrof-muhit omillariga ko'rsatadigan salbiy ta'sirlarni oldini olish borasida qator ilmiy tadqiqotlar olib borilgan biroq, polimer mahsulotlari ishlab chiqarish korxonalaridagi zararli mehnat omillarining ishchilar salomatligiga ta'siri optimallashtirilmagan.

Jahonda polimer mahsulotlari ishlab chiqarish korxonalari ishchilari mehnat sharoitini salomatlik holatiga ta'sirini optimallashtirish bo'yicha qator ilmiy tadqiqotlar olib borilmoqda. Bu borada polimer ishlab chiqarish korxonalaridagi ishchilar mehnat sharoiti, kasbiy xavf omillari, mehnatning og'irligi va keskinligi,

texnologik jarayonlarning bir xillik elementlarini takrorlanishi, ish davomida ishchilarning majburiy holatda bo'lishi, ish o'rinlarida shovqin, past yoritilganlik va tebranishning yuqori darajada bo'lishi hamda havoning zararli kimyoviy moddalar bilan ifloslanishi kabi noqulay mehnat omillari ta'sirini optimallashtirish, ishlab chiqarish omillari ta'sirida ishchilarda rivojlanadigan kasbiy kasallanish, yuzaga kelayotgan patologik o'zgarishlar, vaqtinchalik mehnat qobiliyatining yo'qotilishi bilan bog'liq kasallanish tuzilmasiga ta'sir etuvchi qo'shimcha ijtimoiy va tabiiy omillarni me'yorlashtirishga qaratilgan ilmiy tadqiqotlar alohida ahamiyat kasb etmoqda.

Maqsadi. Zamonaviy ishlab chiqarish korxonalarida ishlovchilar salomatlik holatini baholash, teknik sharoitlarini takomillashtirish.

Tekshirish usullari. Polimer mahsulotlari ishlab chiqarish korxonalari ishchilari mehnat sharoitini salomatlik holatiga ta'sirini optimallashtirishda sanitar-gigiyenik, analitik, tibbiy-statistik tadqiqot usullarida foydalanilgan.

Natijalari. Polimer ishlab chiqarish korxonalari mehnat sharoitida zararli omillarning o'zni gigiyenik jihatdan tahlil qilindi, ishchilarning vaqtinchalik yo'qotilgan mehnat qobiliyatiga ta'sir qiluvchi omillari gigiyenik baholandi, polimer ishlab chiqarish korxonalari ishchilarning vaqtinchalik yo'qotilgan mehnat qobiliyatiga ta'sir qiluvchi kimyoviy omillarning ta'siri baholandi, ta'sir qiluvchi omillari hisobiga ish sharoitining og'irligi va keskinligi baholandi, korxonada optimal ish sharoitini yaxshilash va salomatligini yaxshilash chora-tadbirlari ishlab chiqildi. Polimer ishlab chiqarish korxonasi ishchilari orasida vaqtinchalik mehnat qobiliyatini yo'qotishni baholashda hodisalarning ikkala jinsda uchrashi darajasi, suyak-mushak tizimi va to'qima kasalliklari ayollar orasida 20,5%ni, erkaklar orasida esa 18,2%ni, siydik ayrish tizimi kasalliklari ayollarda 18%ni va erkaklarda 16,7%ni, nafas olish tizimi kasalliklari erkaklarda 16,1 va ayollarda 15%ni, qon aylanish tizimi kasalliklari erkaklarda 15,2 va ayollarda esa 16,3%ni tashkil qilgan.

Xulosa. Polimer ishlab chiqarish korxonalari ishchilar orasida ish sharoiti, havoning tarixidagi zararli kimyoviy moddalar miqdorini ortishi ishchilar orasida qon aylanish tizimi, qon va qon yaratuvchi organlar, nafas olish tizimi, siydik-tanosil tizimi kasalliklari sonini ortishga sharoit yaratgan.

SARS-COV-2 ВИРУСИ ТАЪСИРИДА БОЛАЛАРДА БУЙРАК ПАТОЛОГИЯСИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ЧАСТОТАСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Гаппарова Г.Н.

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Долзарблиги. Коронавирус инфекцияси - оғир, ўткир респиратор синдром 2 бутун дунёда глобал муаммога айланди. Коронавирус инфекцияси келтириб чиқарган ҳаёт учун хавфли асоратлар ва ўлим сони юқори даражага етганлиги сабабли катталар ва болалар саломатлиги учун катта аҳамиятга эга.

Тадқиқотнинг мақсади. Коронавирус инфекцияси тасдиқланган болаларда буйрак патологияси частотаси ва табиатини аниқлаш.

Материаллар ва усуллар. Биз ретроспектив когорт тадқиқот 2021 йил январдан 2022 йил январгача (12 ой) ўтказдик. Пандемия бошланганидан бери Самарқанд вилоят юкумли касалликлар шифохонасига 412 нафар беморлар COVID-19 касаллиги билан ётқизилган. Барча болалар клиник-анамнестик, умумий қон ва сийдик анализи, биокимёвий қон, сийдик таҳлили ўтказилди. Кўрсатмаларга кўра коагулограмма текширилди, кундалик протеинурия микдори ўлчанди, коптокча филтрация тезлиги Шварц формуласи ёрдамида ҳисоблаб чиқилди.

Натижалар ва муҳокамалар. 2020 йилда 129 бола коронавирус инфекцияси билан касалхонага ётқизилган, 2021 йилда – 283 бемор. Олинган маълумотларга кўра 2020-йилда 1-ёшгача бўлган беморлар 7% ни ташкил қилган бўлса, 2021-йилда бу кўрсаткич 14% (2 марта) га ўсганлигини кўришимиз мумкин. 1-3 ёш беморлар 2020-йилда 10% ни ташкил қилган, 2021-йилда эса 21% (2,1 марта) га ошган. Биз касалликни оғирлигига кўра ҳам таҳлил қилдик: 273 нафар (66,2%) беморларда касаллик енгил, 93 нафарида (22,6%) ўрта оғир кечган. Ўта оғир ва ўлим ҳолатлари кўзатилмади. Биз касаллик оғир кечган беморларни йилга кўра таққосладик: 2020-йилда COVID-19 оғир кечган болалар сони 13 нафар (3,1%) ни ташкил қилган бўлса, 2021-йилда бу кўрсаткич 33 нафар (8%) га ошди. Бунинг сабабини вируснинг янги штаммларини пайдо бўлиши билан боғладик.

Хулоса. Коронавирус инфекцияси таъсирида дифференциаллашмаган сийдик синдроми касалликнинг ўткир даврида 16,5% (ҳар 6-болада) болаларда қайд этилди. Касаллик оғир кечганда ўткир буйрак зарарланиши 35 нафар беморларда аниқланди. ЎП эса 50 нафар беморларда коронавирус фонида келиб чиқди.

COVID-19 бўлган ва ўткир респиратор синдром кўзатилган беморларда буйраклар фаолиятини чуқур кузатиш талаб қилинади. Ўткир даврда дифференциаллашмаган сийдик синдроми бўлган беморлар яширин буйрак патологиясини аниқлаш учун узоқ муддатли кузатувга муҳтож. Шундай қилиб, болаларда буйрак зарарланишининг шаклланиши ўлим ва ногиронлик учун юқори хавф омилдир.

ПОЛИФЕНОЛ ЭКСТРАКТИНИНГ КАЛАМУШ ЖИГАР АНТИОКСИДАНТ ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ

Маллаева М.М., Маллаева Г.М.

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Дустлик Абу Али Ибн Сино номидаги жамоат саломатлик техникуми

Оксидланишли стресс – кислороднинг эркин радикаллар даражасининг ортиши натижасида хужайралар шикастланиши ва ўлимини ифодалайди. Бунда эркин радикалларнинг ҳаддан ташқари ҳосил бўлиши ёки организмнинг антиоксидант имкониятларини издан чиқарилиши орқали антиоксидант тизимларда номутаносиблик намоён бўлади.

Токсик гепатитда жигар хужайраларида дегенератив ва хужайра некрози шакли ўзгаради. Бундай шароитдаги тажриба хайвонларига антиоксидант хусусиятга эга бўлган биологик фаол моддаларнинг киритилиши эркин радикалларнинг токсик таъсирини камайитиришга ёрдам беради.

Токсик гепатит шароитида жигар митохондрияси функционал фаоллиги ва антиоксидант ҳимоя тизимидаги бузилишларни аниқлаш ҳамда уларни ўсимлик бирикмалари билан фармакологик коррекциялаш долзарб ҳисобланади. Мана шундай бирикмалардан бири кверцетин каламуш жигар митохондриясининг нафас олишини ингибирлаб, нафас олиш ва фосфорланиш жараёнларининг “енгил” ажралишини келтириб чиқаради. Кверцетин 25-50 мкМ концентрацияда Ca^{2+} ионлари билан чақирилган МРТР очилишини ингибирлайди ва кверцетиннинг машҳур проапоптотик таъсирини тушунтириши мумкин.

Ушбу ишда CCl_4 билан чақирилган токсик гепатит шароитида митохондриядаги функционал бузилишлар ва уларга ўсимликлардан ажратилган полифеноллар экстрактини жигардаги малон диальдегид (МДА) миқдорига, ЛПО жараёнига, супероксиддисмутаза, глутатионпероксидаза ва каталаза фермент фаолликлари таъсири ўрганилди. Мавзунинг мақсади токсик гепатитда каламуш жигар митохондрияси антиоксидант ферментлари фаоллигига ва Fe^{2+} /цитратга боғлиқ ЛПО жараёнига Glabra ўсимлигидан ажратилган полифеноллар экстрактининг таъсирини ўрганишдан иборат. Материал ва методлар: Fe^{2+} /цитратга боғлиқ митохондриял бўкиш пайдо бўлиши митохондриял суспензияга 50 мкМ FeSO_4 ва 2 мМ натрий цитрат қўшилиши натижасида юзага келган ва Cary 60 Agilent technology спектрофотометрида 540 нмда қайд этилган. Инкубация муҳити (ИМ) таркибида (мМ): сахароза-250, Трис-хлорид-10, ЭДТА-1; pH 7,4. Бундай ҳолда, митохондриял оқсил миқдори 1 мл инкубация муҳитига 0,5 мг ни ташкил этди. Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили.

Тажрибаларда токсик гепатит шароитида жигар митохондриясида СОД фаоллигини ўзгариши ва уларга Glabra полифеноллар экстрактининг таъсири ўрганилди. Олинган натижаларга кўра, назорат сифатида олинган I гуруҳ соғлом хайвонлар жигар митохондриясида СОД фаоллиги $4,83 \pm 0,20$ ед./мг митохондрия оқсилни ташкил этди, ушбу кўрсаткични 100% деб белгиладик. CCl_4 юборилган II гуруҳ каламушлар жигар митохондриясида СОД фаоллиги $2,86 \pm 0,10$ ед./мг митохондрия оқсилни ташкил этиб, назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан $40,80 \pm 3,40\%$ га камайганлиги аниқланди. Шундай қилиб, токсик гепатитда жигар митохондрия СОД фаоллиги камаяди, Glabra экстрактлар таъсирида ушбу фермент фаоллиги қисман қайта тикланди. Токсик гепатитда ЛПО маҳсулотларини ортиши жигар митохондриясида водород пероксидни (H_2O_2) кескин ортишига сабаб бўлади. Бундай шароитда яна бир муҳим антиоксидант фермент каталаза митохондрияда фаоллашиб H_2O_2 ни кислород ва сувга парчаланишида иштирок этади. Шу нуқтаи назардан токсик гепатитда каталаза фаоллигини полифенол экстрактлари ёрдамида ўзгаришини аниқлаш учун навбатдаги тажриба олиб борилди.

Олинган натижаларга кўра, I назорат гуруҳи ҳайвонлар жигар митохондриясида каталаза фаоллиги 62.33 ± 1.20 мкКат/мл митохондрия оксилни ташкил этди, ушбу кўрсаткични 100 % деб олинди. СС14 юборилган II гуруҳ каламушларни жигар митохондриясида каталаза ферменти фаоллиги 37.90 ± 1.32 мкКат/мл митохондрия оксилни ташкил этиб, назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан $39.2 \pm 3.5\%$ га камайганлиги аниқланди. Хулоса: олинган натижаларга кўра, соғлом I гуруҳ каламушлар жигар митохондриясида глутатионпероксидаза фаоллиги 80.11 ± 1.75 мМ/мин гр оксил ни ташкил этди. Токсик гепатит чақирилган II гуруҳ каламушлар жигар митохондрияси глутатионпероксидаза ферменти фаоллиги 60.88 ± 1.40 мМ/мин гр оксилни ташкил этиб, назорат гуруҳига нисбатан $24.1 \pm 2.1\%$ га камайганлиги аниқланди. Токсик гепатит чақирилган III ва IV гуруҳ ҳайвонларни мос равишда Glabra полифеноллар экстракти билан фармакотерапия қилинганда уларнинг жигар митохондрияси глутатионпероксидаза ферментининг фаоллиги 74.51 ± 3.16 мМ/мин гр оксил ва 75.98 ± 3.56 мМ/мин гр оксилни ташкил этди.

Бу эса II гуруҳга нисбатан глутатионпероксидаза фаоллиги $17.1 \pm 1.20\%$ ва $18.85 \pm 1.17\%$ га қайта тикланганлигидан далолат беради. Демак, СС14 билан чақирилган токсик гепатитда жигар митохондрияси глутатионпероксидаза фаоллигига Glabra полифеноллар экстракти самарали таъсир этиб фермент фаоллигини қайта тиклаганлиги маълум бўлди.

Adabiyotlar:

1. Mallayeva Mavjudaxon Maxramovna - Toksik Hepatit Sharoitida Qonning Ayrim Biokimyoviy (Alt, Ast, Ishqoriy Fosfotaza Va Umumiy Oqsil Miqdori) O'Zgarishlariga Polifenollar Ta'sirini Aniqlash.

2. Mallaeva M. B. EKOLOGIYA HISOBINI SHAKLLANTIRISH MASALALARI //SO 'NGI ILMIY TADQIQOTLAR NAZARIYASI. – 2023. – T. 6. – №. 4. – S. 269-280.

3. Mallaeva M. M. SOGLOM TURMUSH TARZINI RIVOJLANTIRISH //O'ZBEKISTONDA FANLARARO INNOVATSIYALAR VA ILMIY TADQIQOTLAR JURNALI. – 2023. – T. 2. – №. 16. – S. 753-760.

4. Mallaeva M. M. SOGLOM TURMUSH TARZINI RIVOJLANTIRISH //O'ZBEKISTONDA FANLARARO INNOVATSIYALAR VA ILMIY TADQIQOTLAR JURNALI. – 2023. – T. 2. – №. 16. – S. 753-760.

ВЛИЯНИЕ ФАСТФУДА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Раджабов З.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время, особую актуальность сохраняют проблемы рационального питания среди населения в целом и молодежи в частности. Ускорение темпа жизни приводит к тому, что нам просто некогда ждать, пока в ресторане или кафе подадут качественную и вкусную еду, а уж тем более - варить ее дома самому. Кроме того, не маловажной является экономическая составляющая данного вопроса. Весь фаст-фуд крайне дешёвый

на фоне натуральных аналогов, а по вкусу, сытности и запаху почти такой же. Поэтому быстрое питание и «фаст-фуд» не теряют своей популярности.

Ключевые слова: Фаст-фуд, неправильное питания, общественная проблема.

Покупать на улице самбусы, чебуреки, шаурму, бутерброды, гамбургеры, хот-доги стало для нас привычкой. Ресторанов и кафе быстрого питания становится все больше и больше в крупных городах. В настоящее время фастфуд очень популярен, он появился совсем недавно и распространился по городам очень быстро. Дизайн аппетитной и красивой еды привлекает нас с улиц и рекламы. По утверждению врачей, проблема фастфуда – одна из угроз человечества. Однако, число его поклонников почему-то не уменьшается, и мировая индустрия фастфуда растет впечатляющими темпами. Доступные цены делают его еще популярным и психологически очень съедобным. Когда мы приходим в фастфуд, мы покупаем то, что попробовали когда-то и мы знаем, что оно будет таким же вкусным на вкус. Именно из-за этого человеческая психология решает, что когда мы приходим в такой ресторан мы наедемся и сэкономим деньги. Современные люди не приучены не только к рациональному питанию, но и к режиму потребления пищи. Отсутствие культуры питания дома, высокий темп современной жизни приводит к тому, что мы всё чаще употребляем еду быстрого приготовления.

Понятие фаст-фуд связано не только с небольшими временными затратами на его приготовление, но и с быстрым его потреблением. Большую часть времени люди не задумываются о том, насколько фаст-фуд полезен или вреден для организма. Стоит сказать, что многие покупают фаст-фуд, даже если знают, что такая еда далеко не полезная.

Пользы как таковой в быстрой еде не замечено, зато замечено ее причастие к развитию многих заболеваний. Регулярный прием «уличных» фастфудов повышает уровень холестерина, вызывает заболевания желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

Главной причиной тяги к фастфуду служит нехватка времени на приготовление и употребление полноценного приёма пищи. Такая привычка влечет за собой повышение уровня холестерина, развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

В составе фастфудов имеется большое количество жиров и консервантов, чего не скажешь о витаминах и минеральных веществах – их в «быстрой» еде практически нет. Использование для приготовления фастфуда маргарина, который содержит большое количество искусственных изомеров жирных кислот, перенасыщенных водородом, способствует увеличению продолжительности сроков хранения приготовленных блюд. В тоже время искусственные трансжиры вызывают заболевания нервной системы, ишемическую болезнь сердца, онкологические заболевания, сахарный диабет и бесплодие.

Приготовление фастфуда связано с использованием большого количества соли и других специй, которые кроме продления сроков годности продуктов

скрывают характерный вкус использованных подпорченных продуктов. Причиной негативного влияния фастфуда на здоровье человека является и способ их употребления. «Быстрая пища», как правило, принимается быстро, в спешке, на ходу, чтобы уложиться в рамки небольшого обеденного перерыва. Поэтому для желудка очень тяжело справляться с большими кусками плохо пережеванной пищи, сверху приправленной газированными напитками. Кроме того, желудочный сок не может справиться с большим содержанием специй, майонеза, различных соусов, кетчупа. Постоянные сбои желудка в связи с употреблением такой пищи ведут к серьезным заболеваниям желудочнокишечного тракта. Фастфуды вызывают такие заболевания, как панкреатит, гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

Фастфуд относится к разряду пищи высококалорийной, поэтому не вызывает удивления тот факт, что регулярное употребление способствует стремительному увеличению массы тела. Употребление «быстрой пищи» вызывает дисбаланс жиров, белков и углеводов и, соответственно, способствует ожирению. В результате длительного приема такой пищи сильно страдает эндокринная система.

Если организм уже зависим от фастфуда, избавляться от этой зависимости необходимо постепенно. Для начала сокращается количество (по объему) и количество (дней приема) вредной еды. Дается установка организму на запрет уличного фастфуда. Заказывая блюда, не следует злоупотреблять жирной и высококалорийной пищей. Всегда можно отыскать в меню салат из свежих овощей и зеленый чай вместо сильногазированной кока-колы. Не следует есть фастфуд на голодный желудок. Горячий овощной супчик перед употреблением аппетитной на вид курицы-гриль благоприятно скажется на слизистой желудка и снизит агрессивное влияние на него «быстрой» еды.

Пища должна тщательно пережевываться и не перегружать желудочнокишечный тракт. Не делайте nepозволительную ошибку – не кормите детей фастфудами. Сильное увлечение семейными походами в кафе и ресторанов продающие фаст-фудами может стоить вашим детям нарушения работы ЖКТ и нервной системы, ослабления иммунной системы, отставания в развитии.

Никакой фаст-фуд не заменит здоровой пищи и не стоит рисковать своим здоровьем.

БЛАГОПРИЯТНАЯ СРЕДА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА

Раджабов З.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Влияние окружающей среды на здоровье человека довольно существенно. Многие болезни возникают от загрязнения атмосферы, плохой питьевой воды, потребления химически обработанных продуктов питания. Здоровье на 50 % зависит от образа жизни, на 20 % от воздействия окружающей

среды и развития технологий, на 20% сказывается плохая наследственность и только на 10% оно зависит от уровня здравоохранения

Ключевые слова: окружающая среда, среда обитания, заболеваемость, конституция, право человека.

Окружающая среда – совокупность компонентов природной среды, природных и природно-антропогенных объектов, а также антропогенных объектов. То есть, это природный и созданный человеком материальный мир.

Состояние окружающей среды оказывает существенное влияние на здоровье граждан, по современным оценкам доля ее влияния достигает до 20%. Благоприятная среда обитания способствует сохранению здоровья граждан, активному долголетию, повышает качество жизни. В настоящее время состояние среды обитания вызывает серьезную озабоченность во всем мире, поскольку экологическое неблагополучие несет непосредственную угрозу существованию самого человека.

Несмотря на предпринимаемые мировой общественностью и государствами определенные усилия по созданию эффективных механизмов преодоления экологического кризиса, во многих странах, включая Узбекистана, состояния окружающей среды вызывает озабоченность.

Нарушение баланса среды обитания приводит к болезням, обусловленным воздействием неблагоприятных факторов среды, итогом может стать рост заболеваемости населения, сокращение средней продолжительности жизни, а также к другим негативным последствиям.

Понимание значимости вопроса охраны окружающей среды и определенные успехи в этом направлении обусловили закрепление в конституциях многих государств, включая Республики Узбекистан, права на благоприятную окружающую среду. Закрепление в Конституции Узбекистана (ст. 49), права на благоприятную окружающую среду потребовало создания адекватного механизма государственно-правового обеспечения реализации данного права.

Сейчас высшей целью государства является человек, его права, свободы, интересы, потенциал и возможности.

В настоящее время в Узбекистане нормативы безопасности факторов среды обитания для здоровья человека закреплены, в частности, в законах от Указа Президента Республики Узбекистан, от 30.10.2019 г. № УП-5863 «Об утверждении Концепции охраны окружающей среды Республики Узбекистан» до 2030 года и от 26.08.2015 г. № ЗРУ-393 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Вышеуказанные нормативы основываются в первую очередь на санитарно-гигиенических показателях, установленных санитарными правилами и гигиеническими нормативами.

Право граждан на благоприятную окружающую среду обеспечивается различными формами:

- нормирование качества окружающей среды;
- меры, связанные с предотвращением различных экологически вредных последствий;

- оздоровление окружающей среды;
- предупреждение и ликвидация последствий аварий, техногенных катастроф;
- организация медицинского обслуживания населения;
- государственный контроль за состоянием окружающей среды и соблюдением санитарного и природоохранительного законодательства.

Конституция Республики Узбекистан, установив право каждого человека на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением, закрепила прогрессивные тенденции правового развития.

Под «благоприятной» подразумевается такое качество окружающей среды, которое соответствует установленным законодательством стандартам и не наносит вреда жизни и здоровью человека.

Основным субъектом права на благоприятную окружающую среду является человек, а основным объектом этого права – здоровье человека.

Мы живем в век научно-технического, технологического прогресса, и противоречий не избежать. Деятельность человека негативно сказывается на самых ценных природных ресурсах, жизненно необходимых человеку: воздухе, воде и почве, отрицательно влияя на здоровье людей.

Именно поэтому для защиты нынешнего и будущих поколений были выработаны нормы «права человека на благоприятную окружающую среду», которые ставят перед государством конкретные цели:

- 1) создание условий для жизни, труда и отдыха человека;
- 2) защиту и охрану окружающей среды;
- 3) сохранение здорового генофонда нации.

И это право создает обязанность государства регулировать и обеспечивать соблюдение норм об окружающей среде, контролировать загрязнение и иным образом гарантировать правосудие и защиту мира, в котором мы живем.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕНЮ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ, ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ЗАПРЕЩЕННЫХ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ В ШКОЛАХ

Рахимова Д.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация. Нездоровые рационы питания – одна из ведущих причин заболеваемости и смертности в Европейском регионе ВОЗ; они оказывают значительное влияние на показатели ожирения и избыточной массы тела. Ожирение в детском возрасте, скорее всего, сохранится и во взрослом возрасте, что подвергает детей потенциальному риску развития диабета, рака и других НИЗ.

Введение. Важнейшим фактором сохранения и укрепления здоровья детей школьного возраста является рациональное и адекватное питание. Обязательные требования и рекомендации к организации питания в общеобразовательных организациях установлены государственными Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных школах, учреждениях средне специального профессионального образования СанПиН РУз N 0288-10, Закон республики Узбекистан от 30.08.1997 г. № 483-I «О качестве и безопасности пищевой продукции».

Актуальность. Питание детей и связанные с ним заболевания являются сегодня одной из наиболее актуальных проблем. В школьных столовых запрещены первые и вторые блюда на основе сухих пищевых концентратов быстрого приготовления. В меню детского питания, приготовленного в школах, есть ограничения на отдельные позиции. Согласно санитарным правилам, в общеобразовательных, средних специальных, профессиональных учебных заведений в школьных столовых нельзя готовить и продавать:

Хлебные изделия с мясом, майонезом, кетчупом и овощами (гамбургеры, чизбургеры и хот-доги); Кондитерские изделия с искусственными ароматизаторами, красителями; Шоколадные батончики, Продукты с искусственными консервантами «кириешки», «хрустяшки» и чипсы, семечки, конфеты домашнего приготовления; Цветные и бесцветные газированные напитки; Влияние газированной воды на различные органы и системы организма детей: Мясо, рыба и мясо птицы, которые не прошли ветеринарный контроль, а также внутренности животных, кроме печени, языка и сердца; Яйца с нечистой или разбитой скорлупой, не отвечающие требованиям; Консервы с негерметично закрытой крышкой, вздутые, ржавые, деформированные, немаркированные и просроченные консервы, особенно самодельные консервы различных типов; Крупы, мука, сухофрукты и другие продукты, которые потенциально могут быть заражены вредителями; Кондитерские изделия с кремом (торты и пирожные); Холодец, рулеты из лап птиц, копыт копытных животных и рулеты из внутренних органов животных, колбасы легочно-печеночные и кровяные; Творог непастеризованный (во фляге), творог и сливки, не прошедшие термическую обработку, хранящиеся в посуде. Катык домашний, молоко и молочные продукты, взятые из неблагополучных эпизоотических хозяйств, непастеризованные и не прошедшие первичную обработку; Кымыз и другие кисломолочные продукты, содержащие этанол (более 0,5 процента); Грибы и блюда их содержащие; Квас; Сырокопченые мясные гастрономические изделия и колбасы, включая вареную колбасу; Острые специи: уксус, хрен, острый перец (черный и красный) и другие; Острые соусы, кетчупы и майонез, консервы, маринованные овощи и фрукты; Майонез и кетчуп. Натуральный кофе, освежающие и тонизирующие напитки, алкоголь; Кулинарные масла, свиное сало, маргарин и другие гидрогенизированные масла; Косточки фруктов, жевательная резинка, безалкогольные напитки и морсы из фруктов и ягод, не прошедшие термической обработки; Жевательные резинки и желейные конфеты.

Окрошка и другие холодные супы, жареные в масле яйца, паштеты, пельмени с мясом и омлеты с творогом.

Выводы. Практически в каждом из рассмотренных продуктов имеется пищевые добавки, которые влияют на состояние здоровья детей. Стоит отметить, что такое питание не идет на пользу организму, потому что не является сбалансированным, полезным, содержит много вредных для организма детей веществ. Наибольший вред организму детей - высокая калорийность продуктов фаст-фуда при низкой пищевой ценности. По возможности стоит исключить продукты длительного хранения, так как в них всегда будет присутствовать немало консервантов.

РОЛЬ БИОРИТМОВ В ФОРМИРОВАНИИ РАСПОРЯДКА ДНЯ СТУДЕНТОВ

Рахманова К.К., Утамурадова Н.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация. Эта статья написана о роли биоритмов в организации режима дня студентов. Формирование режима дня осуществляется на основе биоритмов. Большое значение имеет организация распорядка дня с учетом того, в каком ритме дня происходит повышение и понижение работоспособности организма. Основную часть распорядка дня занимает умственная деятельность. Поэтому важно знать, в какое время суток умственная деятельность высока и низка, и на основе этого правильно организовать умственную деятельность.

Введение. Биологические ритмы – это живые часы организма. Биоритмы различны и не только сосуществуют в организме, но и связаны между собой сложной иерархией взаимозависимостей (взаимосвязаны, подчинения). Следует отметить, что среди биоритмов имеются инертные и лабильные ритмы, по-разному реагирующие на влияние внешних ритмов.

Великий физиолог И.П.Павлов высказал следующую мысль: «Надо научить людей правильно работать, отдыхать и питаться». Режим дня (или порядок)-порядок деятельности человека, эффективное использование времени, планирование дня и приспособление к этому режиму. В результате формирования у студента распорядка дня в нервной системе формируется условно-рефлекторная цепь. В этом случае он всегда выполняет одну и ту же деятельность в одно и то же время, в одном и том же порядке, и формируется динамический стереотип.

Важно организовать режим дня с учетом ритма дня, когда активность организма высокая и низкая. Умственная деятельность занимает основную часть распорядка дня.

Пик активности студента приходится на период с 8:00 до 12:00. Затем его уровень постепенно снижается и восстанавливается при правильной организации отдыха: с 15:00 до 17:00 улучшаются биологические ритмы. Кроме того, после напряженной умственной работы студенту может быть трудно заснуть. Прогулка перед сном поможет крепко и спокойно уснуть.

Биологические ритмы у студента стабильны. Студенту легче работать эффективно и поддерживать устойчивый уровень внимания в течение длительного периода времени, если каждый день он проводит одни и те же часы с высокой производительностью. Выполнение физических упражнений, прогулки на свежем воздухе оказывают большое влияние на психику, расслабляется нервная система и повышается настроение

Вывод. Таким образом, биологические ритмы - это живые часы организма. Биологические ритмы играют решающую роль в функционировании организма. Основным методом гармонизации биоритмов учащихся является правильно организованный распорядок дня.

MURDALAR BILAN ISHLOVCHI TIBBIYOT HODIMLARINING MEHNAT JARAYONIDA TABIIY YORITILGANLIKNING GIGIYENIK ASOSLARI

Maxmanazarov G.A., Tuxtarov B.E.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Dunyo miqyosida tibbiyot sohasida ish faoliyat olib borayotgan hodimlarning mehnat shoraitini gigiyenik baholashda bir qancha mikroiklim ko'rsatkichlari mavjud. Tibbiyot hodimlari ish jarayonida asosan bemorlar va hujjatlar bilan faoliyat olib boradi. Ish jarayonida Yoritilgan inson organizmining muhim funksional halarini taminlashda va mehnat samaradorligini ta'minlashda muhim ahamiyatga ega.

Tabiiy yoritilganlikka gigiyenik talablar-Yorug'lik miqdori lampalar quvvatini hisobga olgan holda svetil'niklar soniga, yoritilganlik tizimiga, tabiiy yoritilganlik esa – yuqori tomondan va yon tomondan yoritilganlikni joylashishiga, svetil'niklarni o'z vaqtida tozalanishiga, lampalardan foydalanish muddatiga, tarmoqda kuchlanishni stabilligiga bog'liq.

Yoritilganlik me'yorlariga rioya qilinganda ishlab chiqarish korxonalarida mehnat unumdorligini 3% ga, ko'rish a'zosiga zo'riqish tushadigan va rang ajratish bilan bog'liq ishlab chiqarish tarmoqlarida 15-20% ga mehnat unumdorligi ortishi aniqlangan.

Murdalar bilan ishlovchilar ish joyida yorug'likni har xil tarqalishi doimiy moslanishni buzilishiga olib kelishi mumkin. Yertulalarda joylashgan xonalarida bu holat faqatgina mahalliy yoritilganlikdan foydalanganda kuzatiladi.

Sunngi yillarda gigiyenada yoritilganlikni yangi yo'nalishi yaratildi – bu xonalarda dinamik yoritilganlikni hosil bo'lishi. Bu holat yoritilganlik intensivligini vaqt birligida smena davomida o'zgarishi yoki nurlanish spektrini fazoda joylanishi. Bu holat monotoniya holatini kelib chiqmasligi va charchash profilaktikasidir. Bunday yoritilganlik tabiiy yoritilganlik yetarli bo'lmaganda taklif etiladi. Yoritilganlik intensivligi dinamikasi, hamda yoritilganlik spektri monotoniyaga qarshi kurash chora tadbirlari ishlab chiqishda, hamda ko'z a'zosiga tushadigan yuklama bilan bajariladigan ishlarda taklif etiladi.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ РЕДКИХ ЖИВОТНЫХ НА ЧУМУ И ДРУГИЕ ЗООНОЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ахметова А.У., Нурмухамедова Ш.М.

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

Актуальность: В ряду инфекционных болезней особое место занимает чума. Источником возбудителя инфекции являются больные и переболевшие животные, а также животные в инкубационном периоде. Грызуны, такие как блохи, крысы, мыши и другие грызуны, могут быть носителями и переносчиками бактерии *Yersinia pestis*. Енотовидные собаки и степные кошки питаются в основном мышевидными грызунами, из-за этого так же могут быть источником инфекции. При удобном случае не отказываются от птиц, рептилий, земноводных и насекомых. Особенности питания этих хищников, и как следствие - повышенный контакт с носителями природно очаговых инфекций, позволяют предполагать участие этих млекопитающих в эпизоотиях. По литературным материалам известно достаточно много случаев обнаружения спонтанной чумы среди степных хорей, ласок, барсуков, лисиц и находки инфицированных чумой эктопаразитов в шерсти и норах этих животных. В этих списках енотовидная собака и степная кошка не наблюдается. Причиной является с их малочисленностью и редкой возможностью использования для эпизоотологического исследования.

Цель исследования: Провести исследование на территории Западно-Казахстанской области на наличие источников, в виде редких животных. А именно провести исследование на наличие *Yersenia pestis*, вызывающая чуму и другие зоонозные инфекции у редких животных, которые могут опасны для человека и животных.

Материалы и методы исследования: Материалы по исследованию енотовидной собаки (*Nyctereutes procyonoides* Gray, 1834) и степной кошки (*Felis silvestris lybica* Forster, 1780) стационарной лабораторией Жангалинского противочумного отделения (ДПЧО) Уральской противочумной станции (УПЧС). Территория, курируемая ДПЧО, относится к двум очагам чумы – Волго-Уральскому степному (ВУС), основной носитель – малый суслик и Волго-Уральскому песчаному (ВУП), основные носители – гребенщикова и полуденная песчанки. Населенный пункт, в котором находится противочумное отделение (пос. Жанаказан, Жангалинский район), расположен на стыке этих очагов. Это позволяет круглогодично следить за эпизоотийной обстановкой на смежных территориях.

Результаты: В Казахстане енотовидные собаки встречаются редко, однако за 2024 год в январе месяца было обнаружено тело двух погибших енотовидных собак. 05 января 2024 года, в 2-х километрах от пос. Жанаказан был найден свежий труп енотовидной собаки. Хищник был доставлен в лабораторию Жангалинского противочумного отделения для исследования на зоонозные инфекции. Это был взрослый самец. Длина тела равнялась 62,0 см; длина хвоста

– 17,0 см; длина передней лапы – 22,0 см; длина задней лапы – 25,0 см; вес – 6 кг 450 гр. Животное было достаточно упитанным, хотя вес был близок к крайнему порогу наименьшей массы (лит. – 6,0-10,0 кг). При вскрытии наблюдался подкожный жир, местами толщиной около 0,5 см. Внутренние органы были без видимых изменений. Визуально причины гибели животного установить не удалось. Обращает на себя внимание, что в середине зимы зверек был вне норы. Обычно в зимний период эти хищники не активны и проводят холодный период в норе в сонном состоянии. При очесе эктопаразиты не обнаружены. Однако есть предположение, что длинный мех и густой подшерсток енотовидной собаки и замерзшее состояние членистоногих не позволило очесать эктопаразитов. В тот же период (январь 2024 г.) еще одну павшую енотовидную собаку наблюдали в районе зимовки «Бекбеке», расположенную в 7 км от пос. Жанаказан. На следующий день поиски павшего животного не увенчались успехом. По всей видимости, она была съедена другими хищниками (предположительно волками).

Так же одним из редких животных найденных на территории Западно-Казахстанской области была степная кошка. Степная кошка была добыта 01 февраля 2024 года непосредственно в пос. Жанаказан. Дикий кот забрался в курятник, успел задушить две курицы и после этого был пойман хозяином. Труп животного передан в лабораторию Жангалинского противочумного отделения. Это был самец. Размеры животного составили: длина тела – 46,0 см; длина хвоста – 30,0 см; вес – 2 кг 450 гр. По литературным материалам длина тела взрослых степных кошек составляет 45,0-75,0 см., длина хвоста – 20,0-38,0 см., вес – от 3,5 до 6,5 кг. Судя по размеру и весу, данный экземпляр кошки являлся молодой особью с заметным истощением организма. По всей видимости, в поисках пропитания, животное было вынужденно зайти в поселок. При очесе эктопаразитов с кошки обнаружены 10 блох – все вида *Pulex irritans* и четыре иксодовых клеща рода *Rhipicephalus* в стадии нимфы. Вид клещей неопределен. После очеса и вскрытия животных, для исследования на чуму, туляремию, и некоторые другие инфекции, отобраны кусочки органов (легкое, печень, селезенка, почка), кровь, смыв с грудной полости. Бактериоскопия нативных мазков-отпечатков, окрашенных по Грамму, не выявила наличие микроорганизмов. Основной ареал степной кошки в ЗКО находится в Волго-Уральских песках, где животные неоднократно были встречены в природе. Хищники ведут одиночный и скрытный образ жизни.

Вывод: Таким образом, на территории Западно-Казахстанской области в 2024 году были найдены редкие животные. В январе месяца два раза встречались енотовидные собаки. В первый раз результат анализа на чуму и другие зоонозные инфекции оказался отрицательным. При очесе эктопаразиты не были найдены, возможно это связано с замерзшем состоянием членистоногих. Во второй раз провести анализ не удалось, в связи с тем что животное была съедена другими хищниками. В феврале месяца, того же года была найдена кошка. При очесе эктопаразитов с кошки обнаружены блохи и клещи. Результат анализов на чуму и туляремию был отрицательным.

Однако, по единичным экземплярам попадающим в лабораторию трудно судить о вовлеченности и роли этих хищников в эпизоотологии природноочаговых инфекций на территории Западного Казахстана.

Вопросы здорового образа жизни

THE IMPACT OF SLEEP DEPRIVATION ON THE MENTAL AND EMOTIONAL HEALTH OF FUTURE PHYSICIANS

Abdukadirova L. K., Ibrohimova D. I., Ilhomova Sh. T.

Tashkent Medical Academy

Annotation: Sleep disorders can have a significant impact on a person's overall health and well-being. As future doctors, it is important to investigate sleep issues in order to better understand how they affect our ability to provide quality care for patients. This information could also be used to improve patient treatment and ensure patient safety. Sleep deprivation can lead to negative effects on doctors' cognitive function, decision-making abilities, and increased risk of burnout. By addressing insomnia in health care professionals, we can prevent burnout and promote well-being among doctors, leading to reduced errors and improved patient outcomes.

Keywords: medical students, insomnia, academic performance, psychological disorders, productivity, difficulty falling asleep, memory, concentration.

Introduction. Insomnia is a sleep disorder that is characterized by difficulties falling asleep, maintaining sleep, or experiencing poor quality sleep. It can be caused by various factors, including environmental, medical, psychological, and mental conditions.

Sleep plays a crucial role in maintaining brain function as it helps brain cells communicate with each other and remove toxins through the glymphatic system during slow-wave sleep. Recent studies have suggested that sleep deprivation disrupts brain function and can lead to disruptions in biological rhythms, which can slow down the healing process.

Gumustekin et al. have found that sleep deprivation may slow down wound healing. Short sleep duration in adolescents can have negative physical, neurological, and psychological consequences. A study among medical students at the Tashkent Medical Academy found that 38% of students slept after midnight and 55% had an average sleep duration of 6 hours or less per night during clinical training. Due to poor sleep quality, approximately 52% of participants experienced difficulties maintaining wakefulness during lectures and 25% reported experiencing insomnia symptoms. Medical students often reduce their sleep-in order to adapt to the demands of their workload and the stress of studying. They may prioritize academic pursuits over sleep, leading to reduced sleep hours in order to increase study time, particularly in the lead-up to exams. Insomnia can have a significant impact on academic performance and can lead to psychological issues.

It is crucial to address insomnia in order to improve students' health and academic success. The aim of this study was to determine the prevalence of insomnia among medical students and to investigate the psychoemotional effects associated with difficulties in memory and concentration.

Materials and methods. To investigate the incidence of sleep deprivation among medical students, a sample of both genders and sixth-year students was included in this study. Using a simple random sampling method, a total of 379 participants were selected from a random number table.

Results. The questionnaire included socio-demographic data about the participants as well as questions regarding insomnia and anxiety. They are young adults between the ages of 16 and 25, and come from the younger generation, with approximately 66% being female and the remainder being male. This is evident from the survey findings. It emerges that approximately 25% of the students experience difficulty sleeping after going to bed.

When asked about taking naps during the day in order to refresh, approximately 65% indicated that it depends on their schedule, approximately 6% stated that they always take naps, and approximately 29% responded that they do not nap during the daytime.

Regarding waking up without an alarm clock, approximately 40% stated that this occurs sometimes and approximately 44% stated that it always occurs without an alarm. Only approximately 16% indicated having insomnia.

Student youth were also queried about the impact of poor sleep quality and lack of sleep on their memory. Approximately 64% responded yes, approximately 20% responded no, and the remaining 16% did not respond.

How does insomnia impact the moods of our student population, according to the survey? We asked them to rate its impact on a scale of 1 to 10. The outcomes were as follows: 3% of young people reported experiencing high levels of insomnia-related mood disturbances. When asked about the reasons for this, those who reported it said that they themselves experience the condition and commented that despite their mood remaining generally good, they found it difficult to process information. Individuals who also reported difficulty concentrating were included in this group.

For those who slept well, the mood improved after sleep and they reported that it had a positive impact on concentration and memory. Is it necessary for people to sleep for 7 hours? This has been revealed through a survey conducted among students, who typically sleep between 02:30 and 11:00. 59% of the students sleep after midnight (00:00) and before 8:00 (08:00). 3% of the participants sleep between 12:00 and 8:30. Those who sleep after 1:00 in the morning are 6%, and they are between the ages 16-25.

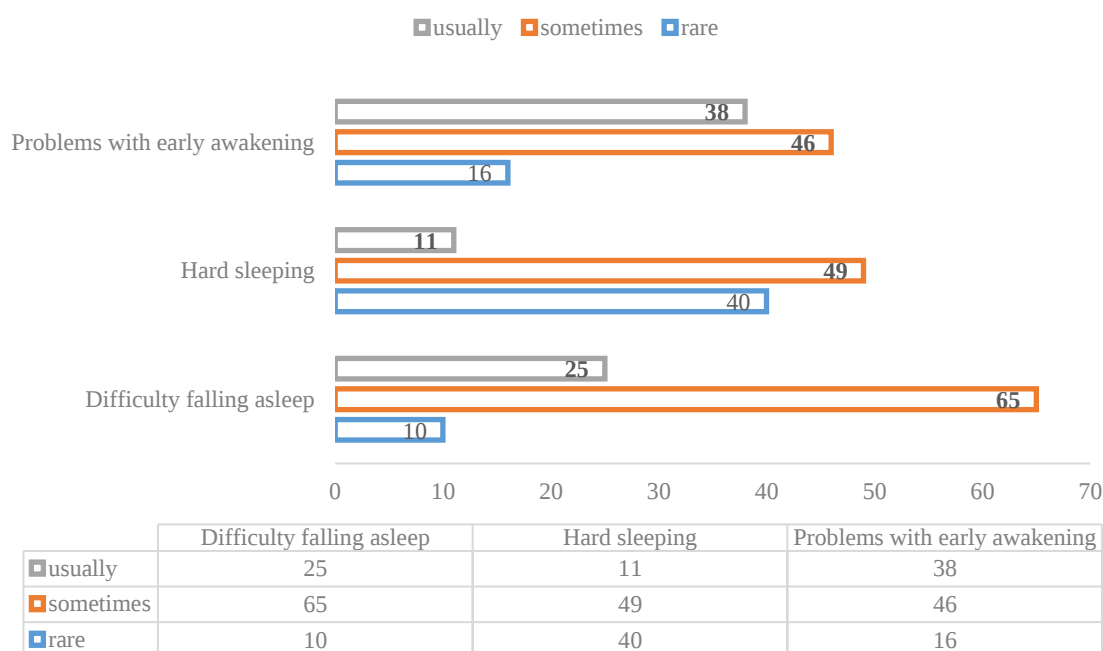
In this survey, 25% reported having difficulty falling asleep after going to bed, while 65% said they always have time for a nap. Only 29% do not sleep during the daytime. Regarding the ability to wake up without an alarm, 40% said it is difficult for them to wake up on their own, while 44% did not use an alarm for waking up. Only 16% reported experiencing trouble waking up at all. Additionally, 16% experience insomnia, and 64% stated that poor sleep and lack of sleep have an impact on their memory.

When asked about the effect of sleep on memory, 64% answered yes, while 36% answered no. We asked participants to rate their level of insomnia on a scale from 1 to

10. The results were as follows: 3% of participants experienced high levels of insomnia. Insomnia can lead to difficulty concentrating at work or in studies.

Most students (59%) preferred to sleep between 11 pm and midnight. Only a small percentage of students (3%) preferred to sleep before 10 pm or after midnight.

Insomnia among Students of the Tashkent Medical Academy



Conclusion. This study was conducted to study the prevalence of insomnia among students of the Tashkent Medical Academy. In general, our result shows that more than 2/3 of students (70%) suffer from insomnia. The Sing CY study reports that the insomnia rate among Hong Kong college students is 68.6% [10]. In another study, Almojali et al. It was reported that 76% of students at King Saud bin Abdulaziz University of Medical Sciences in Riyadh, Saudi Arabia, suffered from insomnia [18]. Al Qahtani MS et al. A high prevalence (78%) of insomnia was reported among students of three medical schools in Riyadh, Saudi Arabia [11]. Haytham et al. They reported a high prevalence (86.3%) of poor sleep quality, which conducted a study among residents within the framework of programs controlled by the Saudi Commission on Health Specialties [12]. The reasons for medical students' lack of sleep may be related to pre-sleep cognition, such as active thinking, anxiety, planning and analysis of problems and issues [13]. Lichstein K.L. et al. It has been suggested that obsessive cognition is much more common than somatic factors in the occurrence of insomnia [14].

The characteristics of sleep problems were presented as difficulty falling asleep in 25%, complaints of nocturnal awakening in 11% and problems with early awakening in 84%.

Our results show that students suffering from insomnia have a deterioration in memory, productivity and mood change. These results are consistent with a study

conducted in Riyadh, Saudi Arabia. The authors also demonstrated that insufficient sleep and daytime sleepiness can lead to problems in interpersonal relationships, anxiety and depression [15] Another study conducted earlier by Ford et al. It was reported that 40% of people with insomnia and 46.5% of people with hypersomnia had anxiety and other mental disorders, compared with 16.4% of people without sleep complaints [16]. Monti et al. previously reported a link between sleep disorders and anxiety [17]. Our study concluded that the prevalence of insomnia among medical students of the Tashkent Medical Academy is high. There is a significant association between insomnia and anxiety, more than half of the students complain of concomitant insomnia and anxiety.

References:

1. Kupfer DJ, Reynolds CF. Management of insomnia. N Engl J Med 1997; 336:341–346.
2. <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-CaregiverEducation/Understanding-Sleep>
3. Salako M, Welcome MO, Unal C, et al. The effect of sleep deprivation on cortical oscillatory waves of the EEG in shift and non-shift health workers. J Res Med Dent Sci 2019; 7:112-118.
4. Gumustekin K, Seven B, Karabulut N, et al. Effects of sleep deprivation, nicotine, and seleni-um on wound healing in rats. Int J Neurosci 2004; 114:1433-1442.
5. Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, et al. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A metaanalytic review. Sleep Med Rev 2010; 14:179-189.
6. Trends in self-reported sleep problems, tiredness and related school performance among Finnish adolescents from 1984 to 2011. J Sleep Res 2015; 24:3–10.
7. Sleep health: Can we define it? Does it matter? Sleep 2014; 37:9–17.
8. Alsaggaf MA, Wali SO, Merdad RA, et al. Sleep quantity, quality, and insomnia symptoms of medical students during clinical years. Relationship with stress and academic performance. Saudi Med J 2016; 37:173-182.
9. Almojali AI, Almalki SA, Alothman AS, et al. The prevalence and association of stress with sleep quality among medical students. J Epidemiol Glob Health 2017; 7:169-174.
10. Azad MC, Fraser K, Rumana N, et al. Sleep disturbances among medical students: A global perspective. J Clin Sleep Med 2015; 11:69–74.
11. Sing CY, Wong WS. Prevalence of insomnia and its psychosocial correlates among college students in hong kong. J Am College Health 2010; 3:174-182.
12. Al Qahtani MS, Alkhaldi TM, Al-Sultan AM, et al. Sleeping Disorders among medical students in Saudi Arabia in relation to anti-insomnia medications. Egyptian J Hospital Med 2017; 69:2750-53.
13. Haytham I, Al Saif SBFM. Prevalence of and risk factors for poor sleep quality among resi-dents in training in KSA. J Taibah University Med Sci 2019; 14:52-55.

14. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, et al. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health*. 2010; 46:124–132.

15. Lichstein KL, Rosenthal TL. Insomniacs' perceptions of cognitive versus somatic de-terminants of sleep disturbance. *J Abnorm Psychol* 1980; 89:105–107.

16. Albhlal LA, Alanzi FG, Ghannam KB, et al. Sleep disturbance patterns among medical students, Saudi Arabia. *Arch Med* 2017; 9:1-3.

17. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention. *JAMA* 1989; 262:1479-84.

18. Monti JM, Monti D. Sleep disturbance in generalized anxiety disorder and its treatment. *Sleep Med Rev* 2000; 4:263–276.

UNVEILING THE COMPLEXITY OF PARKINSON'S DISEASE: EXPLORING SUBTYPES AND TRACING ITS FIVE-STAGE NATURAL COURSE

Abduraimov K.D.

Kimyo International University in Tashkent

Background. Parkinson's disease (PD) is a prevalent neurodegenerative disorder marked by the gradual loss of dopaminergic neurons, resulting in a spectrum of motor and non-motor symptoms. Recent studies propose the existence of distinct PD subtypes, each demonstrating unique clinical features. This thesis investigates PD subtypes while also outlining and characterizing the natural course of the disease through its five stages.

Methods. The study employed a multifaceted approach, encompassing a systematic literature review, longitudinal cohort studies, and advanced neuroimaging techniques. Rigorous criteria for subtype classification were established, and parameters defining the five-stage natural course of PD were meticulously outlined.

Results. Distinct PD subtypes were identified, showcasing variations in clinical presentations, disease progression, and treatment responses. The exploration of the natural course revealed a nuanced progression through five stages, each marked by specific clinical milestones. Factors influencing disease trajectory at each stage were elucidated.

Conclusion. Synthesizing these findings, the thesis emphasizes the clinical significance of recognizing PD subtypes and understanding its five-stage natural course. This knowledge offers crucial insights for tailored therapeutic interventions at different disease phases. The implications for clinical practice, including early detection and personalized treatment strategies, are underscored. The thesis concludes by highlighting the need for continued research to refine subtype classifications and enhance our understanding of Parkinson's disease progression for improved patient care.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТУ

Каримов В.В., Рузибоев Ш.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Еще со школьных лет на занятиях по физической культуре детям прививаются знания о пользе физической деятельности, безопасной и рациональной методике выполнения упражнений, происходит развитие координации и общефизической подготовки. Последующее использование и развитие полученных умений и навыков безусловно положительно сказывается на жизни и трудовой деятельности людей. Но также не стоит забывать о влиянии физического труда на психологическое развитие. [1]

Цель – является обоснование важности занятий физической культурой и спортом для достижения успехов в развитии психологического потенциала.

Задачи – рассмотреть и проанализировать взаимодействие физической деятельности с психологической активностью.

Занятия спортом инспирируют секрецию таких важных гормонов, как гормон роста, инсулин, адреналин, эндорфины и многие другие.[1] Все они бесспорно важны для нормального функционирования человеческого организма. Так, к примеру, с увеличением секреции гормона роста ускоряется энергетический обмен, повышается концентрация внимания.

Адреналин, являющийся одним из гормонов стресса, в свою очередь увеличивает ритмичность сердечных сокращений, повышает артериальное давление. Регулярные занятия спортом позволяют бороться с постоянным нервно-психическим перенапряжением, которое провоцирует снижение работоспособности и усидчивости.

К числу основных физических (или двигательных) качеств, обеспечивающих высокий уровень физической работоспособности человека, относят силу, быстроту и выносливость, которые проявляются в определенных соотношениях в зависимости от условий выполнения той или иной двигательной деятельности, ее характера, специфики, продолжительности, мощности и интенсивности. К названным физическим качествам следует добавить гибкость и ловкость, которые во многом определяют успешность выполнения некоторых видов физических упражнений. [3]

Известно, что студенты первого курса более подвержены стрессу и переутомлению. Это связано с периодом адаптации к институтской жизни.[2] Поэтому для них непременно важность играют занятия по физической культуре и спорту, способствующие эмоциональной, физической и умственной разгрузке организма. Также отличной профилактикой будут самостоятельные занятия физическими упражнениями, посещение различных спортивных секций. Ежедневная физическая нагрузка оказывает благоприятное воздействие на тонус мышц, кровообращение и, как следствие, повышение показателей умственной деятельности и успех в обучении.

Заключение. Несомненно, спорт, активный образ жизни, нормальный режим труда и отдых, правильное питание – это все составляющие жизни современного человека, приоритетом которого является его здоровье, как моральное, эмоциональное, так и физическое. В условиях быстрого развития современного общества, крайне важно быть стрессоустойчивым, но при этом активным человеком. У людей, которые систематически и активно занимаются физическими упражнениями, повышается психическая, умственная и эмоциональная устойчивость при выполнении напряженной умственной или физической деятельности. [4]

Литература:

1. Kh, Mirjamolov M. "Svetlichnaya NK Abdiev Sh. A., Davlatova LT, Sobirova LB Improving Pedagogical Mechanisms to Increase Special Physical Preparation of Students with Disabilities in Uzbekistan." *Psychology and education* 58.2 (2021): 1379-1389.
2. Svetlichnaya, N. K. "Development of inclusive education in adaptive physical education of children. Tambov University Review. Series: Humanities, 3." (2022).
3. Каримов, В. В., and Ш. Х. Рузибоев. "ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И НЕПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СПОРТА ДЛЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВУЗОВ." (2021): 143-146.
4. Исхакбаев, Е. Э., and В. В. Каримов. "СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ." *Вестник науки* 3.11 (56) (2022): 152-156.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИМНАСТИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТУ

Каримов В.В., Рузибоев Ш.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Проблемы сохранения и укрепления здоровья студентов являются актуальными в настоящее время. В связи с этим на сегодняшний день особенно важно обновление форм и методов работы по физической культуре и спорту студентов-стоматологов. Также возникла необходимость в формировании приоритетов, выраженных к стремлению здорового образа жизни, в увеличении режима двигательной активности. Необходима разработка программ, которая удовлетворит потребности студентов-стоматологов и повысит мотивацию к занятиям физической культуры и спорта с применением гимнастических упражнений. [1]

Цель – рассмотреть комплекс упражнений с применением гимнастики, который влияет на оздоровление опорно-двигательного аппарата студентов-стоматологов.

Задачи: анализ полученных результатов, разработать комплекс основных упражнений с применением гимнастических упражнений.

Комплекс упражнений с применением гимнастики:

1. ИП: лежа на полу, голова на полу, таз и позвоночник в нейтральном положении, руки вытянуты вдоль корпуса, колени согнуты, стопы параллельны тазу и друг другу выдох: поднимаем одну ногу (колени под тазобедренным суставом, голень параллельна полу), удерживаем это положение вдох: ИП. Меняем ногу, работаем симметрично. [2]

2. ИП: сидя в нейтральном положении (на сиденьях буграх), ноги в коленях согнуты, руки обхватывают заднюю поверхность бедер, стабилизация лопаток, вытяжение задней поверхности шеи. Подготовка: округление спины, с выдохом подкручиваем таз и перекатываемся на крестец, на вдохе возвращаемся в ИП выдох – подкручиваем таз, округляем спину буквой «С», смотрим на подтянутый живот, позвонок за позвонком опускаемся вниз до поясничного отдела вдох - стабилизация выдох – ИП. [3]

3. ИП: лежа на спине в нейтральном положении, ноги в коленях согнуты, стопы параллельны. Одна нога на полу, другая нога в положении ТТР с вытянутым носком. Руки на полу вдоль тела, ладони направлены вниз. Выполнение: вдох: начинаем движение наружу и рисуем полукруга ногой в тазобедренном суставе выдох: продолжаем движение вовнутрь и заканчиваем круг 5-10 кругов в одну сторону, затем меняем направление.

4. ИП: сидим на сиденьях буграх, позвоночник укреплен, образуя букву «С», ноги согнуты, колени на ширине плеч, стопы вместе. Руки между бедер, обхватывают стопы с внешней стороны. Выполнение: вдох: подкручиваем таз, выполняем перекаат до лопаток, на голову и шею вес тела не переносим выдох: перекатываемся вперед, удерживая баланс на ягодицах, выполнить отведение и приведение ног, включив в работу приводящие мышцы (один удар). [1,2]

5. ИП: лежа на спине, голова на полу, таз и позвоночник в нейтральном положении, ноги в коленях согнуты и на ширине таза, руки вдоль корпуса ладонями вниз. Одна нога в ТТР, вторая на полу. Подготовка: на выдохе мягко скользим стопой от себя по полу, не меняя положение таза. На вдохе возвращаемся в ИП.

Заключение. Комплекс упражнений с применением гимнастики – это одна из главных составляющих, чтобы предотвратить появление заболеваний опорно-двигательного аппарата. Выполняя упражнения, а также соблюдая рекомендации можно вовсе предотвратить риски осложнений сколиоза, остеохондроза, спондилоартроза, межпозвоночной грыжи и спинального стеноза. [4]

Литература:

1. Светличная, Н. К. "Odamning jismoniy va funktsional tayyorgarligi darajisini baholash usuli." *Способ оценки уровня физической и функциональной подготовленности человека: Ixtiro patenti № IAP 7017*: 48-49.

2. Каримов, В. В. "СОВРЕМЕННЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ И ТЕХНОЛОГИИ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА." (2021): 146-150.

3. Каримов, В. В., and Ш. Х. Рузибоев. "ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И НЕПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СПОРТА ДЛЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВУЗОВ." (2021): 143-146.

4. Исхамбаев, Е. Э., and В. В. Каримов. "СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ." *Вестник науки* 3.11 (56) (2022): 152-156.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРИКЛАДНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОГО СОСТАВА ТАМОЖЕННЫХ ОРГАНОВ

Шакирзянова С.Р.

Таможенный институт Таможенного комитета

Актуальность. В условиях научно-технического прогресса проблема соотношения средств физической культуры и подготовленности личного состава приобретает важное экономическое значение, заключающееся в использовании физической культуры для подготовки к конкретному профессиональному труду и повышении его производительности. В этой связи особое значение в системе физической культуры личного состава приобретает профессионально-прикладная физическая подготовленность. [1]

Цель – психофизическая готовность к успешной профессиональной деятельности личного состава таможенных органов.

Задачи – формировать необходимые прикладные знания; осваивать прикладные умения и навыки; воспитывать прикладные физические качества.

Формировать специальные качества можно в процессе ППФП не только с помощью специально подобранных упражнений, но и при регулярных занятиях соответствующими в каждом случае (прикладными) видами спорта. Следует иметь в виду и особенности так называемой неспецифической адаптации человека. Установлено, что хорошо физически развитый и тренированный человек быстрее акклиматизируется в новой местности, легче переносит действие низкой и высокой температуры, более устойчив к различного рода инфекциям, проникающей радиации и т.д. [1]

Организация ППФП личного состава предполагает использование специализированной подготовки в учебное и внеучебное время. Для этого в основном учебном отделении могут быть организованы специализированные учебные группы по ППФП, а в спортивном – учебные группы по прикладным видам спорта. Курсанты, занимающиеся в специальном отделении, осваивают те элементы ППФП, которые доступны им по состоянию здоровья.

Двигательную деятельность человека, его трудовую активность определяют такие компоненты, как мышечная сила, выносливость, быстрота, координация движений, способность к концентрированному и устойчивому вниманию, реакция выбора и другие психофизические качества. Общеизвестно, что все эти составляющие так же, как и профессиональные свойства личности, в определенных условиях и пределах тренируемы. Психофизиологическое понятие «трудовая деятельность» по психофизическим компонентам аналогично

понятию «спорт». Так же сходны и принципиальные требования и условия их совершенствования. [1, 2]

Подбор средств ППФП осуществляется с учетом особенностей учебного процесса на каждом факультете и специфики будущей профессиональной деятельности курсантов.

Средства ППФП курсантов классифицируются следующим образом:

- прикладные физические упражнения и отдельные элементы различных видов спорта;
- прикладные виды спорта;
- оздоровительные силы природы и гигиенические факторы;
- вспомогательные средства, обеспечивающие качества учебного процесса по разделу ППФП.

Основным средством ППФП курсантов является физическое упражнение. При их подборе следует учитывать, чтобы их психофизиологическое воздействие соответствовало формируемым физическим качествам.

Элементы состязательности, сопряженные с повышенными физическими и психическими нагрузками, позволяют широко использовать спорта в процессе профессионально-прикладной физической подготовленности личного состава. [1]

Оздоровительные силы природы и гигиенические факторы – обязательные средства ППФП курсантов, особенно для воспитания специальных прикладных качеств, обеспечивающих продуктивную работу в различных географо-климатических условиях. С помощью специально-организованных занятий можно достичь повышенной устойчивости организма к холоду, жаре, солнечной радиации, резким колебаниям температуры воздуха. Содержание таких занятий связано с обучением приемам закаливания организма и выполнения гигиенических мероприятий, а также мероприятия по ускорению восстановительных процессов в организме (специальные водные процедуры, различные бани и др.). [2]

Заключение. Следует различать тренажеры, применяемые на занятиях по учебной дисциплине «Физическая культура», и профессиональные тренажеры. Принципиальное назначение первых в том, что с их помощью закладываются функциональные основы, расширяется диапазон двигательных умений, способствующих быстрому освоению профессиональных действий, умений и навыков. [2]

Литература:

1. Светличная, Наиля Камильевна. "Педагогические условия реализации оздоровительных технологий в адаптивном физическом воспитании детей и подростков." *Олимпийский спорт и спорт для всех*. 2016.

2. Каримов, В. В. "ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА." (2022): 86-89.

DETERMINATION OF CHEMICAL COMPOSITION OF SMOKELESS TOBACCO (NASVAY) IN UZBEKISTAN

Juraev J., Shukurov Sh., Yuldashev R.

*Department of Preventive Services, School of Public Health, Kyoto University, Japan
Institute of Health and Strategic Development under the Ministry of Health of the
Republic of Uzbekistan*

Background. Smoking is one of the main and long-standing health and human problems worldwide. According to the World Health Organization, tobacco is a major risk factor for the development of noncommunicable diseases (NCDs): 41 million people die from NCDs every year, accounting for 74% of all deaths worldwide. Interestingly, 77% of all NCDs deaths occur in low- and middle-income countries (1).

There are many different smokeless tobacco products (chewing tobacco, naswar, snuff and others) and methods of use around the world (2). There are an estimated 346 million smokeless tobacco users worldwide, most of whom (86%) live in the Southeast Asian region. Approximately 4% of young people ages 13-15 worldwide use smokeless tobacco products; As with adults, most smokeless tobacco users ages 13-15 reside in the Southeast Asian region (3).

Smokeless tobacco use, particularly nasvay, is prevalent in Uzbekistan and poses significant health risks to users. The first pilot study was published in the Joint Congress on Global Health 2023 in Tokyo. We found that the main pollutants of smokeless tobacco are gamma-hexachlorocyclohexane, hexachlorobenzene and DDT (<https://pco-prime.com/gh2023/index.html>).

The Aims of research. This project aims to address the knowledge gap surrounding the chemical composition of nasvay in Uzbekistan by conducting a systematic investigation.

Study design.

Cross-Sectional:

This study will adopt a cross-sectional design to collect nasvay samples from various markets and sources across Uzbekistan at a single point in time.

Sampling Strategy:

Stratified random sampling will be employed to ensure representative coverage of nasvay products available in Uzbekistan.

Laboratory Analysis: Using gas chromatography-mass spectrometry (Agilent GC 7890B / MS 7000D), we will investigate major to identify and quantify chemical constituents of nasvay.

Statistical Analysis:

Descriptive statistics will be used to summarize the chemical composition of nasvay samples, including mean concentrations, standard deviations, and ranges of detected substances.

Using the formula for estimating sample size for a population mean:

$$N = \frac{Z^2 \times \sigma^2}{E^2} \quad N = \frac{1.96^2 \times 10^2}{0.05^2} = 153.6$$

Where:

- n = sample size
- Z = Z-score corresponding to the chosen confidence level (1.96 for CL = 95%)
- σ = estimated standard deviation of the population (10 units)
- E = desired margin of error (0.05)

Rounding up to the nearest whole number, we would need approximately 154 nasvay samples to estimate the mean concentration of the carcinogen with a margin of error of $\pm 5\%$ at a 95% confidence level, assuming a standard deviation of 10 units.

Approach used to maximize the impact of research outputs:

The impact of research outputs will be maximized by presenting the results at scientific conferences and publishing the results in a peer-reviewed journal.

It is expected that this project will yield valuable evidence on the chemical composition of nasvay in Uzbekistan and extend beyond scientific knowledge generation to include tangible impacts on policy, public health, consumer protection, research capacity building, and international collaboration.

References:

1. WHO, 2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
2. World Health Organization. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 89: Smokeless Tobacco and Some Tobacco-Specific N-Nitrosamines [PDF–3.18 MB]. Lyon (France): World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, 2007 [accessed 2017 Nov 3].
3. U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016. <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВАЛЕОПУНКТА НА УРОВНЕ
МАХАЛЛИНСКОГО СХОДА ГРАЖДАН «ИКБОЛ» ТАШКЕНТСКОГО
РАЙОНА, ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ**

Иргашев Ш.Б., Файзиева Н.Н.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при
Министерстве Здравоохранения Республики Узбекистан*

За последние 7 лет в системе здравоохранения в целом, и особенно в оказании первичной медико-санитарной помощи происходят глобальные реформы, направленные на улучшение качества здоровья населения. Глобальное распределение влияния детерминантов на здоровье преобразилось под воздействием интенсивного развития экономики и социальной сферы. Сегодня на формирование качества уровня жизни населения наиболее высокое влияние имеют социально-экономические факторы - 40% (образование, статус работы, семья/социальная поддержка, доход, общественная безопасность), здоровое поведение – 30% (употребление табака, рациональное питание, физическая

активность, употребление алкоголя, сексуальная активность), здравоохранение – 20% (доступ и качество медицинской помощи), физическая среда - 10% (экология, выхлопные газы, озеленение)¹. Детерминанты здоровья отражают множество факторов, которые влияют на общее состояние здоровья человека. В дополнение к медицинскому обслуживанию и здоровому поведению, по оценкам, социально-экономические условия и физическая среда представляют 50% возможностей человека для хорошего здоровья. Детерминанты здоровья отражают растущее внимание в таких областях, как жилье, образование, общественная безопасность и занятость, которые помогают создавать более здоровые сообщества. Для изучения данного вопроса было проведено пилотное исследование по определению потребностей населения махалли в здоровье и здоровье сберегающих технологиях. На основании письма-указания Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 26 октября 2023 г. №03-17/25240 в махалле «Икбол» Ташкентского района Ташкентской области организован пилотный Валеопункт (Центр здоровья).

Валеопункт (Центр здоровья является структурой первичного звена здравоохранения и организован на базе махаллинского схода граждан «Икбол» Ташкентского района, Ташкентской области. Валеологический пункт, являясь одновременно и центром профилактики заболеваний, функции которой заключаются в создании комплексной стратегии оздоровления, улучшение качества жизни населения и медицинского персонала, занимающегося проблемами здоровья. В валеокабинете свою деятельность ведут врач-валеолог и ассистент врача-валеолога (категория – средний медицинский персонал).

Целью валеологического пункта является: сохранение и укрепление духовного, физического, психического и социального здоровья населения Республики Узбекистан, путём внедрения валеологических принципов формирования образа жизни населения, на основе донологической диагностики.

Задачи валеологического пункта:

- разработка организационно-методических рекомендаций по оптимизации оздоровительного процесса на основе валеологических принципов;
- внедрение оздоровительных программ, направленных на обучение здоровому образу жизни населения, исходя из особенностей их возраста, пола, региональных условий, вида умственной и физической деятельности;
- обучение и проведение профилактики различных заболеваний, а также эмоционального выгорания (составление антистрессовых программ);
- обучение граждан, в том числе детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, помощь в отказе от употребления алкоголя и табака;
- проведение систематических, последовательных, оздоровительных мероприятий среди прикрепленного контингента;
- формирование у населения принципов ответственного родительства.

Для анализа и учета полученных результатов:

- формирование базы данных о состоянии здоровья, индивидуальных психофизиологических особенностях населения, прикрепленного к соответствующей махалле;

- организация валеологической оценки полученной информации.

Функциональные обязанности врача-валеолога

Врач-валеолог как специалист должен владеть:

- современными валеологическими методами и принципами формирования здорового образа жизни как на индивидуальном, так и на популяционном (общее население) уровнях, включающее в себя: определение индекса здоровья, рекомендации по индивидуальным оздоровительным программам с учетом рационального питания, физического здоровья, психо-эмоционального состояния, а также репродуктивного и сексуального здоровья;

- навыками работы с целевыми группами используя аспекты воздействия (духовный, психологический, физический, медицинский), стандарты, мотивационные и популяционные алгоритмы (этапы воздействия на пациента в отдельности и на целевые группы населения);

- ораторским искусством, этикой и деонтологией и в целом навыками доведения до населения основ медицинской культуры;

- валеологическими принципами профилактической и оздоровительной медицины.

Специальные знания и умения:

- анализ ситуации и разработка тактики и стратегии на местном, региональном и национальном уровнях, включающая планирование, разработку, внедрение, мониторинг и оценку программ и проектов по формированию образа жизни;

- подготовка кадров, внедрение современных методов определения количества и качества здоровья человека;

- анализ качества эффективности работы по формированию образа жизни в медицинских и немедицинских учреждениях. Организация и проведения обучения, в том числе мастер классов по вопросам медицинской культуры, профилактики заболеваний, формирования образа жизни, совершенствования личности;

- работа со СМИ, разработка и выпуск информационно-образовательных материалов. Изучение, обобщение и распространение передового опыта работы, в том числе международного по вопросам здоровья.

Врач-валеолог как специалист-валеолог должен уметь:

- работать с отечественной и зарубежной литературой по вопросам сохранения, укрепления и управления здоровьем;

- грамотно использовать нормативные, директивные документы по вопросам здоровья человека;

- организовывать валеокабинеты (валеоцентры) и эффективно их задействовать;

-проводить консультативную и методическую работу среди медицинских и немедицинских учреждений.

Функциональные обязанности ассистента врача-валеолога

Ассистент (медсестра) является непосредственным помощником врача-валеолога, подчиняется ему и обучен техникам проведения различных медицинских манипуляций. Наличие ассистента позволит более эффективно и координированно осуществлять деятельность валеокабинета, сократить время, затрачиваемое на одного пациента и увеличить суточную пропускную способность.

В обязанности ассистента входит:

1. регистрация пациентов в специальном журнале;
2. проведение измерений и получение показателей состояния организма, входящих в содержание методов по определению количества и качества здоровья. А именно: ЧСС, АД, ЖЕЛ, рост, вес, динамометрия, обхват талии и бедер, задержки дыхания, статическая балансировка, времени восстановления ЧСС после физической нагрузки пациента и прочие функциональные пробы);
3. определение здоровья по методам и опросникам (Апанасенко, функциональные пробы ССС, заполнение персональных карт здоровья);
4. стерилизация инструментария (термометр, фанендоскоп, загубники спирометра и прочего);
5. снятие показаний с аппаратно-программных комплексов;
6. совместная организация и проведение школ здоровья.

В ходе выполнения проекта в Ташкентском районе Ташкентской области, махалле «Икбол» областным управлением была предоставлена материально – техническая база и оснащение пункта необходимым инвентарным инструментом. Медицинские кадры валеопункта были обучены на базе кафедры «Превентивная медицина - основы валеологии» ЦРПКМР МЗРУз методам определения физического, психо-эмоционального здоровья населения. Валеопункт был оснащен фитобаром, Компьютерно- диагностической программой Индекс Здоровья, весами Тонита и другим современным инструментом определения количества и качества здоровья.

1 этап приема пациентов состоит из оценки антропометрических показателей и выкопировки данных на журнал регистрации пациентов с дублированием информации в компьютерно-диагностическую программу Индекс Здоровье. Заполнение персональных карт здоровья занимает наибольший объем работы с пациентом, где основным условием исследования является определение наличия поведенческих факторов риска.

2 этап исследования состоит из анализа клинических, лабораторных и психо-социальных особенностей пациента, с дальнейшим вычислением количества и качества здоровья. Мониторинг данных проводятся в зависимости от уровня здоровья: практический здоровому пациенту прописывается диспансерное наблюдение 2 раза в год, при среднем уровне индекса здоровья, наблюдение рекомендуется каждые 2 месяца.

3 этап. Формирование индивидуального плана оздоровление и обсуждение данного плана с пациентом. Пациент получает на руки готовый инструктаж по здоровому питанию, физической активности, антистрессовым программам. Кроме основных рекомендаций валеологического характера, пациент имеет возможность получить направления к узким специалистам, что будет делать визиты к специалистам более адресными, и помогут сэкономить необоснованные траты в медицине за счет качества оказываемых услуг.

Заключение. Пилотный проект в Ташкентском районе Ташкентской области продолжается и имеет тенденцию распространения по всей республике. Своевременное оказание качественной превентивной помощи населению позволит в будущем достичь целей поставленных пред государством в «Стратегия-2030».

Литература:

1. Community Health Needs Assessment (CHNA) Report, 2024 <https://www.froedtert.com/sites/default/files/upload/docs/giving/community-benefit/2024-oak-creek-community-health-needs-assessment.pdf>
2. Методические рекомендации «Организация деятельности Валеокабинетов в первичном звене здравоохранения», - Ташкент, - 2023г. – С. 51.

INCREASING RELEVANCE OF THE APPEARANCE OF CEREBRAL ANEURYSMS, AND THE PREVENTIVE METHODS OF THEIR TREATMENT

Kabulov S., Abdurahimova L.A.

Kimyo International University in Tashkent

Relevance of the topic. Vascular cerebral diseases are currently one of the leading causes of morbidity, mortality and disability in the population, both throughout the world and in the Republic of Uzbekistan. In the Republic of Uzbekistan, the incidence of stroke is 250-370 cases per year per 100 thousand population, while in European countries this figure does not exceed 200 per 100 thousand inhabitants. In this regard, we conducted a literature review aimed at an in-depth study of the problem.

Purpose and objectives. the Purpose of this study is to understand how our modern life style is effecting on our health, especially on the cardio vascular system and how it is connected with formation of aneurism. And to get proper ideas about preventive procedures against formation of aneurisms.

Sources and research methods. Cerebral aneurysms are incidentally discovered pathological extensions of the main branching arteries of the brain. They occur in 3–5% of the adult population, regardless of geographical location of residence or ethnicity. Cerebral aneurysms most often appear in people aged 40-60 years, their prevalence is higher in women than in men.

Regular exercise can help prevent brain aneurysms. However, excessive and vigorous exercise that exceeds one's physical fitness limit increases the risk of rupture of a cerebral aneurysm. Likewise, it is recommended to be careful as lifting too heavy

objects can also increase the risk of rupture. In addition, smoking and excessive drinking are also known as major risk factors that increase the risk of brain aneurysms, so it is recommended to have a habit of limiting it as much as possible.

In preventing brain aneurysms, it is also important to maintain a low-sodium diet and a balanced, healthy diet. In addition, it is said that regular intake of various foods that help smooth blood flow in the brain by inhibiting the formation of blood clots and regulating cholesterol levels is also a very important preventive habit.

Nuts such as walnuts, almonds, and peanuts, as well as blue fish such as mackerel, saury, and herring, are known as representative foods that help cerebrovascular health to the extent that they are called brain foods. A balanced intake of green vegetables rich in these vegetables is also important. In addition, various foods such as apples, carrots, tomatoes, salmon, and paprika are also known to be good for brain health. On the other hand, excessive intake of processed foods containing large amounts of trans fats and animal fats, refined grains, and various foods containing excessive sugars cause a decrease in brain activity, so it is recommended to control intake.

Conclusion. By done research we understand that not only a clinical disorders may lead to the formation of cerebral aneurisms, But also our dietary habits, level of activities in our life and just a daily routine in general may play a significant role in the formation of cerebral aneurisms and how it is important to prevent the formation of them rather than treat then surgically.

YURAK ISHEMIK KASALLIGI MAVJUD BEMORLARDA VISSERAL SEMIZLIKNI ANIQLASH USULLARI

Mamajonova Z.Sh., Egamberdieva D.A., Ruzmetova I.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Kirish. Hozirgi zamon insoniyati uchun yog' hajmini aniqlash muhim ahamiyat kasb etadi. Chunki yog' toqimasi nafaqat estetik tomondan balki sog'lik uchun ham o'z ta'sirini ko'rsatmay qolmaydi.

Inson organizmida bir necha xil yog' to'qimalari mavjud. Masalan, oq teri osti yog' to'qimasi, qo'ng'ir yog', visseral (ichki) yog' to'qimalari. Eng ko'p kasalliklarni yuzaga keltirib chiqaruvchi yog' to'qimasi bu visseral yog' to'qimasi bo'lib, inson organizmida ichki organlar atrofini o'ragan holatda joylashadi. Visseral yog' to'qimasi nafaqat ortiqcha vaznli insonlarda balki ozg'in insolda ham aniqlanishi mumkin.

Ahamiyatli tomoni shundaki, adabiyotlarda visseral semizlik va yurak ishemik kasalligi mavjud bemorlarda kasallik kechishi o'ziga xos og'ir deb tarflanadi, ayrim olimlar esa bu fikrga qo'shilmaydi. Bu holatlar bizni qiziqishimizni oshirdi va tekshiruvlar olib borishga undadi.

Maqsad. Yurak ishemik kasalligi bo'lgan bemorlarda abdominal va epikardial yog' to'qimalari miqdorini aniqlash va ularni o'zaro aloqadorlini o'rganish.

Bemorlar va tekshirish usullari. Tadqiqotda 72 nafar bemor ishtirok etdi, o'rtacha yoshi $61,2 \pm 10,3$ yosh. Bemorlar semizlik mavjudligiga ko'ra ikki guruhga ajratildi: birinchi – YuIK va semizlik bilan xastalangan bemorlar ($n = 49$) va ikkinchi – YuIK mavjud va semizlik bilan xastalanmagan bemorlar ($n = 23$).

Bemorlarda hayot va kasallik anamnezi o'rganildi, shikoyatlariga ko'ra fizikal tekshiruvlar, antropometrik o'lchovlar, laboratoriya va instrumental tekshiruvlar o'tqazildi. Antropometrik ko'rsatkichlardan bo'y, tana vazni, bel va tos aylanasi, so'ngra tana vazni indeksi Kettle formulasi bo'yicha (TVI) va bel va tos aylanasi nisbati (BA/TA) hisoblandi.

Epikardial yog' to'qimasi 1,5 teslalik magnit maydonga ega magnit rezonans tomografiyasi (MRT) usuli yordamida baholandi. Epikardial yog' to'qimasi qalinligi chap qorincha devori kichik o'qi boylab baholandi (EYT, mm). MRT tekshiruv usuliga ko'ra, miokardning tashqi devori va perikardning o'rtasidagi visseral yog' qatlami, bo'shliq hisoblanadi. Ma'lumotlar standart Microsoft Excel dasturlar to'plami yordamida qayta ishlandi.

Natija. Tekshiruv natijalariga ko'ra, bemorlarda abdominal semizlik 93,1% ni tashkil qilgan bo'lsa, TVI bo'yicha semizlik 68,1 % gina edi. YuIK bor bemorlarda abdominal va visseral semizlik yoshga va YuIK tashxisi bilan xastalangan yillari bilan bog'liqlik aniqlanmadi. Lekin, YuIK og'irligi, abdominal semizlik darajalari va epikardial yog' to'qimasi orasida engil darajada bog'liqlik aniqlandi ($r=0,27$). Va shu ko'rsatkichlar YuIK va visseral semizlik bilan hastalangan bemorlarda yuqori ko'rsatkichlarni ko'rsatdi (EYT $4,8 \pm 2,1$).

Xulosa. Hozirgi kunda semizlikni tashxisoti maqsadida foydalanayotgan usullarimiz YuIK mavjud bemorlarda qisman o'zini oqlamaydi. Tomografik usul shu patologiyali bemorlarda visseral semizlikni baholashdagi ishonchli va noinvaziv usul bo'lib tashxisni aniqlashdagi muhim omil.

ФОРМИРОВАНИЕ У НАСЕЛЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ВЕДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Нармухамедова Н.А., Хусинова Ш.А., Садыкходжаева Д.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Правительство Республики Узбекистан уделяет повышенное внимание привлечению общества к участию в формировании здоровой среды. В махаллях городов, районов, кишлаков и аулов создаются условия, способствующие ведению здорового образа жизни, включая строительство и реконструкцию спортивных сооружений для занятий физической культурой и спортом, организацию для различных возрастных групп населения мероприятий по ведению активного образа жизни, внедрение на предприятиях, учреждениях, в образовательных учреждениях производственной гимнастики [1,2]. В рамках мер по обеспечению здорового питания населения были внедрены рыночные механизмы по стимулированию производства и реализации здоровых продуктов питания [3]. Ограничен ввоз, производство и реализация продуктов питания с повышенным содержанием жиров, соли и сахара, разработана стратегия по приобретению здоровых продуктов питания. Законодательной палатой Олий Мажлиса РУз. в декабре 2021 г. был одобрен законопроект страны «Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции». В настоящее время проводится комплекс мероприятий для

формирования среди населения принципов ведения здорового образа жизни – это соблюдение правил здорового питания и физической активности, отказ от потребления табака и алкоголя [4]. Внедряется в практику учреждений ПМСП проведение мониторинга распространенности основных факторов риска среди прикрепленного населения с целью оценки деятельности учреждений и персонала [5].

С целью оценки распространённости факторов риска НИЗ и следования населения здоровому образу жизни было проведено исследование населения по методологии ВОЗ STEPS.

Материалы и методы. Исследование ВОЗ STEPS проводилось среди взрослого населения страны в возрасте 18-69 лет в три этапа:

1. опрос респондентов с целью сбора поведенческих факторов;
2. проведение физикального обследования и измерение роста, веса, АД, частоты пульса;
3. оценка биохимических показателей (определения уровня глюкозы и холестерина крови) [6].

Для получения репрезентативных данных был использован взвешенный, многоступенчатый, кластерный дизайн выборки по трем возрастным группам: 18-29 лет, 30-44 года, 45-69 лет с распределением показателей по полу в каждой возрастной группе. Общий размер выборки составил 4320 респондентов.

Результаты и их обсуждение. Среди полученных результатов исследования нами было отобраны вопросы формирования здорового образа жизни среди населения. Выявление основных факторов здорового образа жизни у населения, оценка знаний и степени информированности населения о них, полученные от медицинских работников, через средства массовой информации или реализуемой продукции.

Согласно стандартов ВОЗ существуют следующие рекомендации по здоровому образу жизни: прекратить употребление табачной продукции или вовсе не начинать употреблять табак; уменьшить употребление соли с пищей; ежедневно употреблять минимум пять порций фруктов и овощей в день; уменьшить употребление жиров с пищей; начать заниматься физическими упражнениями или увеличить физическую нагрузку; поддерживать здоровый вес тела или похудеть; уменьшить потребление сладких напитков в рационе.

Как оказалось, 29,9% жителей ежедневно употребляют табачные продукты, но только 39,3% из них о их вреде, т.к. врачи или другие медработники в течение последних 12 месяцев рекомендовали им бросить курить. 44,1% населения за последние 30 дней заметили информацию о вреде курения в газетах и журналах, 51,8% - по телевидению и 41,1% – по радио. Более половины (55,0%) курильщиков в течение последних 30 дней замечали на пачках сигарет предупреждения о вреде курения для здоровья. Но не смотря на полученную информацию одна треть из них продолжает курить. Следовательно, необходимо усилить работу по информированию пациентов во время визитов в поликлинику или осмотра на дому о вреде курения с рекомендацией обязательно бросить курить, а СМИ развернуть масштабную агитацию об отказе от курения.

Следующий навык здорового образа жизни – это рациональное питание. Как показали результаты исследования большинство населения (84%) употребляет 5 и более порций овощей и фруктов в день, согласно рекомендациям ВОЗ. Но 16,0% населения употребляют в среднем менее пяти порций овощей и фруктов в день. Но только 67,4% жителей получили рекомендации от медработников о необходимости ежедневного употребления минимум пяти порций фруктов и овощей. Учитывая изобилие фруктов и овощей у нас в стране, необходимо улучшить работу медработников в этом направлении.

89,7% населения употребляют пищу, приготовленную преимущественно на растительном масле и только 9,4% на животном жире. А только 64,4% пациентам было рекомендовано уменьшить потребление жиров с пищей. Необходимо также учесть, что 2,6 раза в неделю жители питаются вне дома, без соблюдения правил рационального питания. 36,6% всегда или часто досаливают пищу, или добавляет соленый соус к своей пище перед ее употреблением во время еды. Но только 43,4% жителей получили рекомендации от медработников по уменьшению употребления соли с пищей. Необходимо провести обучение медицинских работников учреждений первичной медико-санитарной помощи по консультированию населения по рациональному питанию, а также увеличить передачи по этой теме на телевидении и радио.

Исследование фактора физической активности показал, что 26,1% населения не соответствуют требованиям ВОЗ в отношении физической активности, а 36,2% населения страны имеют низкий уровень физической активности. 80,2% населения не занимаются спортом, среди них женщин 90,5%, мужчин 68%. Согласно полученным данным, у населения низкий уровень физической активности, хотя только 60,7% получили рекомендации медработников о необходимости начать заниматься физическими упражнениями или увеличить физическую активность. Возможно, в связи с этим 56,4% взрослого населения страны имеют избыточный вес (ИМТ более 25), а 23,5% жителей имеют ожирение, среди них 21,5% мужчин и 25,5% женщин. Как оказалось, с увеличением возраста увеличивается доля лиц с ожирением, как у мужчин, так и у женщин, а 64,4% мужчин и 55,4% женщин имеют абдоминальное ожирение. Но только 54,3% жителей было рекомендовано поддерживать здоровый вес тела или похудеть.

Выводы. Таким образом, исследование показало недостаточный уровень приверженности населения к соблюдению здорового образа жизни и низкий уровень информированности населения об этом. Следовательно, необходимо улучшить обучения населения правилам здорового образа жизни медицинскими работниками учреждений ПМСП, в школах и институтах, в махаллях, организациях и предприятиях. Информирование населения в средствах массовой информации проводить на регулярной основе. Осуществлять контроль выполнения рекомендаций по здоровому образу жизни и освещать эти результаты в СМИ.

Литература:

1. Указ Президента Республики Узбекистан от 30 октября 2020 г. УП-6099 «О мерах по широкому внедрению здорового образа жизни и дальнейшему развитию массового спорта».
2. Постановление Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 2020 г. № ПП-4887 «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения».
3. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 19 ноября 2020 г. ПКМ-735 «О дополнительных мерах по поддержке здорового образа жизни и повышению физической активности населения».
4. Информационный бюллетень ВОЗ. Неинфекционные заболевания. Основные факты [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, по состоянию на 27 июля 2022 г.).
5. Постановление Президента Республики Узбекистан от 25 апреля 2022 г. № ПП-215 «О дополнительных мерах по привлечению первичной медико-санитарной помощи к населению и повышению эффективности медицинского обслуживания».
6. STEPS: распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан, 2019 г., 93 стр.

**ПРОБЛЕМЫ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В
СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

Нурмаматова К.Ч., Эштемирова Х.А., Шарипов А.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация: Здоровый образ жизни - образ жизни человека с целью профилактики болезней и укрепления здоровья. Здоровый образ жизни помогает нам выполнять наши цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придется, то и с колоссальными перегрузками. Крепкое здоровье, поддерживаемое и укрепляемое самим человеком, позволит ему прожить долгую и полную радостей жизнь. Отношение человека к сохранению и укреплению здоровья бесспорно зависит от уровня социально-экономического развития общества, типа ментальности, формирования мотивации к сохранению здоровья. Выявление указанной зависимости позволяет предположить, что качество индивидуального здоровья в решающей степени определяется социальными условиями и личностью, обладающей адекватной и активной мотивацией.

Ключевые слова: Здоровый образ жизни, уровень жизни, качество жизни, уклад жизни, здоровье.

Здоровый образ жизни - образ жизни человека с целью профилактики болезней и укрепления здоровья. Здоровый образ жизни помогает нам выполнять наши цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придется, то и с колоссальными перегрузками. Крепкое

здоровье, поддерживаемое и укрепляемое самим человеком, позволит ему прожить долгую и полную радостей жизнь.

Образ жизни - это одна из важнейших антропологических категорий, определяющий представления о конкретном типе жизнедеятельности людей, который характерен для исторически конкретных социальных отношений. Образ жизни воплощает в себе синтез социально-типичного в поведении, общении и складе мышления отдельного человека. Исходя из этого выделяются разные подходы к определению понятия «образа жизни». Ю.П. Лисицын давал следующее определение понятию образа жизни: Образ жизни – определенный, исторически обусловленный тип, вид жизнедеятельности или определенный способ деятельности в материальной и нематериальной сферах жизнедеятельности людей.

Помимо этого, многие западные исследователи определяют образ жизни как широкую категорию, включающую формы поведения, активность и реализацию своих возможностей в труде, повседневной жизни и культурных обычаях, свойственных тому или иному социально-экономическому укладу.

Ю.П. Лисицын после изучения трудов И.В. Бестужева-Лады и других отечественных ученых выделяет четыре категории «образа жизни»: экономическую (уровень жизни), социологическую (качество жизни), социально-психологическую (стиль жизни) и социально-экономическую (уклад жизни). Уровень жизни определяет размер, а также структуру материальных и духовных потребностей, таким образом измеряя количественную, поддающуюся измерению, сторону жизни. Под укладом жизни подразумевается порядок общественной жизни, быта, культуры, в рамках которого происходят жизнедеятельность человека.

Стиль же жизни показывает индивидуальные особенности поведения как одного из проявлений жизнедеятельности. Качество жизни является оценкой качественной, стабильной стороны условий жизни. Социологическая категория показывает уровень комфорта, удовлетворенность работой, общением и т. п.

Несмотря на то, что в приведенных определениях и категориях образа жизни отсутствует прямое указание на его связь со здоровьем человека, внутренне она присутствует и логически выводима. Об этом свидетельствуют приводимые доводы в трудах Ю.П. Лисицына, А.М. Изуткина, И.Ф. Матюшкина. По мнению вышеперечисленных ученых, а также согласно их трудам образ жизни в его медицинском понимании означает полноту включенности человека в многообразные формы и способы социальной деятельности соответственно оптимальному и гармоничному развитию всех его структур, а именно телесной, психической, социальной.

Так же мы должны здесь отметить, что, по определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия человека, а не только отсутствие у него болезней и физических дефектов.

Исходя из этого мы можем сказать, что здоровый образ жизни – это все то, что в поведении и деятельности человека благотворно влияет на его здоровье.

Оно способствует сохранению и укреплению здоровья и является основой профилактики большинства заболеваний.

Традиционно понятие «здоровый образ жизни» подразумевает поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровья: физические упражнения, полноценное питание, культурный отдых, закаливание, исключение или избавление от вредных привычек, избыточного веса и т.п. Можно ли считать здоровым образом жизни бегство от реальной жизни в тело – культуризм, бодибилдинг; озабоченность формами своего тела и сидение на диетах; меломанию, телеманию; манию здоровья, страсть к обследованиям, самоограничительное поведение; лекарственную зависимость; «звездную болезнь» молодежи и прочие сомнительные современные увлечения? Известны ли критерии понятий нормы и патологии в вопросах социальной жизни?

Термин и само понятие здоровый образ жизни можно интерпретировать по-разному, исходя из эпохи, социологического развития и от самого человека. Многие ученые, а также само общество придерживается классического понятия здорового образа жизни, но можем ли мы с уверенностью сказать, что оно подходит под критерии нашего времени. Можно ли утверждать, что здоровый образ жизни – это поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровья: физические упражнения, полноценное питание, культурный отдых, закаливание, исключение или избавление от вредных привычек, избыточного веса и т.п.

Можно ли считать здоровым образом жизни бегство от реальной жизни в тело – культуризм, бодибилдинг; озабоченность формами своего тела и сидение на диетах; меломанию, телеманию; манию здоровья, страсть к обследованиям, самоограничительное поведение; лекарственную зависимость; «звездную болезнь» молодежи и прочие сомнительные современные увлечения? Известны ли критерии понятий нормы и патологии в вопросах социальной жизни? Необходимость пересмотра основных понятий здорового образа жизни с учетом современных технократических, демографических и медицинских проблем на сегодняшний день очевидна.

По нашему мнению, с валеологической точки зрения, здоровье – это жизнеспособность индивида, определяемая биологической устойчивостью, экологической и социальной адаптированностью, адекватной самооценкой, моральной осознанностью и целевой осмысленностью жизни. Здоровье выражается разносторонней адаптацией, зрелостью и конгруэнтностью личности. Наличие здоровья предполагает свободу от телесного и душевного страдания, моральной порочности, а также адекватную самооценку и реальные претензии. Здоровье – это единство и гармония духа, души и тела.

Провозглашение в современном обществе научного мышления и технического приспособления мира негативно воздействует на нравственность общества с его гражданами. Научная парадигма опирается на разделение, сравнение и противопоставление. Она абсолютизирует различия между различными направлениями научного знания. Научная парадигма базируется на разделении, сравнении и противопоставлении. Она абсолютизирует различия в

понимании разных предметов из-за их разделения. Техническая перестройка мира создает материально-механистическое мышление человека, усугубляет атомизацию общества. Как итог одиночество, непонимание со стороны других людей и примитивность жизненных устоев. Любовь как способ мироощущения оказывается утраченной, а жизнь теряет смысл. Происходит падение человека с социального на биологический уровень существования. Биологический способ борьбы человека за выживаемость проявляется агрессивным поведением во всех сферах жизни: вербальной, физической, сексуальной. Разрушается совесть, страдает душа, расцветает депрессия. Увеличиваются зависимость от психоактивных веществ, девиантное, делинквентное и суицидальное поведение, протестное стремление выделиться безобразием в одежде, поведении, словесных выражениях.

Таким образом, для успешной пропаганды здорового образа жизни необходима разработка комплексной много векторной и многоцелевой государственной программы поэтапного повышения культуры всех сфер человеческих взаимоотношений, с уделением особого внимания воспитанию и оздоровлению детей и подростков. Только на основе духовных ценностей можно сформировать здоровый образ жизни и придать ему самодовлеющий смысл.

Литература:

1. Абдурашитова, Ш. А. Пропаганда здорового образа жизни - одно из главных направлений гигиенического обучения и воспитания населения / Ш. А. Абдурашитова. - Текст : непосредственный // Молодой ученый. - 2017. - № 7 (141). - С. 128-131. - URL: <https://moluch.ru/archive/141/39497/> (дата обращения: 20.10.2023).
2. Иргашев Ш. Б.. “Медицинская валеология”. Ташкент, 2012. - 335 с.
3. Рустамова Х. Е., Турсункулова М. Э. Вопросы формирования здорового образа жизни у детей в семье //Новая наука: Проблемы и перспективы. – 2016. – №. 4-2. – С. 38.

SOG'LOM TURMUSH TARZINI SHAKLLANTIRISH VA YUQUMLI BO'LMAGAN KASALLIKLAR PROFILAKTİKASINING GIGIYENIK TALABLARI

Sayfullayeva S.G', Bo'riboyev U.F.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Salomatlik-inson uchun eng muhim bo'lgan ne'matlardan biridir. Uni o'z vaqtida asrash uzoq va baxtli hayot kechirish omilidir. Sog'lom turmush tarzini shakllantirish, yuqumli bo'lmagan kasalliklar profilaktikasi, fuqarolarning jismoniy faolligi darajasini qo'llab-quvvatlash va sog'lom turmush tarzini yuritish hozirgi kunda muhim vazifalar sirasiga kirmoqda. Yurak qon-tomir kasalliklari, insult, xavfli o'smalar, nafas olish a'zolarining surunkali kasalliklari va qandli diabet kabi yuqumli bo'lmagan kasalliklar butun dunyoda nogironlik va o'limlarning asosiy sabablaridir. Ular asosan yuqori qon bosimi, tamaki va alkagol mahsulotlarini iste'mol qilish, qondagi xolesterinning yuqori darajasi, ortqicha tana vazni, meva va sabzavotlarni

yetarlicha iste'mol qilmaslik va sust jismoniy faollik kabi xavfli omillar tufayli yuzaga keladi. O'zbekistonda har yili barcha o'lim holatlarining 78 foizi yuqumli bo'lmagan kasalliklar tufayli yuz bermoqda. Mutaxassislar xavfli omillar profilaktikasi va yuqumli bo'lmagan kasalliklarga chalingan bemorlarga tibbiy yordamni tashkil qilish va ko'rsatish tizimini yaxshilash orqali O'zbekistonda yuqumli bo'lmagan kasalliklar sababli barvaqt o'lim topish holatlari 31 foizining oldini olish yoki kechiktirish mumkinligi ta'kidlamoqda. Yuqumli bo'lmagan kasalliklar - bu odamdanda odamga o'tishi mumkin bo'lmagan kasalliklar bo'lib ikki guruhga bo'lish mumkin: tug'ma va orttirilgan. Hozirgi paytda ikkinchi guruh mutlaq ko'pchilikni tashkil qiladi. Yuqumli bo'lmagan kasalliklar barcha yoshdagi, din va mamlakatlardagi odamlarga ta'sir qiladi. 2017-yilda jinsi va yoshi bo'yicha standartlashtirilgan o'lim sabablari umumiy tuzilmasida birinchi o'rinni qon aylanish tizimi kasalliklari shu jumladan yurak ishemik kasalligi, arterial gipertoniya va uning asoratlari (miokard infarkti, bosh miyaga qon quyilishi) egalladi. Ulardan keyin xavfli o'smalar, qandli diabet va nafas olish a'zolarining surunkali kasalliklari joy oldi. Yuqumli bo'lmagan kasalliklarning profilaktikasi va aholi orasida sog'lom turmush tarzini yo'lga qo'yish uchun bir qator ishlar va amalga oshirilmoqda bular jumlasiga tarkibida yog'lar, tuz va qand miqdori yuqori bo'lgan oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilishni cheklash ommaviy is'temol qilinadigan mahsulotlardagi kaloriya darajasini kamaytirish, sog'lom oziq-ovqat ishlab chiqarishni rag'batlantirish, aholining yoshi, jinsi va kasbi bo'yicha turli guruhlari uchun ovqatlanishning maqbul me'yorlarini qayta ishlab chiqish, alkogol va tamaki mahsulotlarini ishlab chiqarish va iste'mol qilishni cheklash kabilar kiradi.

Sog'lom turmush tarzining asosiy aspektlari: salomatlikni mustahkamllovchi turmush tarzi, jismoniy va ruhiy zo'riqish o'rtasidagi mutanosiblik, muvozanatli ovqatlanish, jismoniy tarbiya va chiniqish, odamlar o'rtasida uyg'un munosabatlar, to'g'ri jinsiy aloqa, ish va turmush tarzida shaxsiy gigiyena va mas'uliyatli gigiyenik xatti-harakatlar va yomon odatlarga salbiy munosabatlardir. To'g'ri ovqatlanish shunday tashkil etilishi kerakki, u o'zining fizik, kimyoviy hamda biologik xususiyatlari bilan inson tanasiga og'irlik qilmasligi, aksincha, tez va oson hazm bo'lib, organizmni kerakli ozuqaviy moddalar bilan ta'minlashi kerak. Sog'lom turmush tarzi uchun muhim mahsulotlar: yangi uzilgan meva va sabzavotlar (C vitamini klechatka), parranda go'shti (oqsil, aminokislotalar), baliq va dengiz mahsulotlari (oqsil D, E, vitaminlari, uglevod) sut va sut mahsulotlari, quritilgan mevalar (vitamin, yog' kislotalar, oqsil), don va undan tayyorlangan taomlar (B, E, vitaminlari, magniy kaliy foliy kislotasi), asal.

Sog'lom turmush tarzi uchun zararli mahsulotlarga alkogol va gazlangan ichimliklar, fast-fud mahsulotlari, chips, dudlangan go'sht, kolbasa, shirinliklar, t ayyor fabrikat souslar, shu jumladan mayonez, har qanday yarim tayyor mahsulot va kontsentratlar: quruq kartoshka pyuresi, tez tayyor bo'ladigan lag'mon va boshqalar. Har bir inson sog'lig'i uchun o'zi javobgar hisoblanadi inson organizmi qabul qilayotgan mahsulotlaridan energiya olsagina foydali hisoblanadi Salomatlikni mustahkamlashda kundalik hayot davomida jismoniy mashqalar, badanni chiniqtiruvchi muolajalar ham muhim ahamiyatga ega. Har kuni emas kunora 30-60

daqiqa sport bilan shug'ullanish ham sog'lom bo'lish uchun yetarli hisoblanadi. Bundan tashqari o'z vaqtida uxlashni yo'lga qo'yish ham zarur.

THE ROLE OF TECHNOLOGY IN PROVIDING WELLNESS AT THE WORKPLACE

Xosilova R.E.

Tashkent medical academy

Abstract: This thesis explores the pivotal role of technology in enhancing wellness initiatives within the workplace. As technology continues to advance, organizations are increasingly turning to digital tools and resources to support the physical, mental, and emotional well-being of their employees. This research analyzes the impact of technology-enabled solutions, such as wearable fitness trackers, mental health apps, remote work support systems, data analytics, and employee engagement strategies, on promoting wellness in the workplace. By investigating the challenges and opportunities associated with integrating technology into wellness programs, this study aims to provide valuable insights for organizations seeking to optimize employee health, productivity, and retention through innovative technological solutions.

We constructed evaluation criteria based on a general consideration of whether the technology is designed to increase satisfaction of a basic need and further, whether it was easily accessible anytime and by anyone at work in the organization, could be integrated seamlessly into employees' work routine, and is helpful to employees in a meaningful way. These considerations were necessary to ensure that the technology was linked in some way to basic needs and affected the vast majority if not all employees and did so without interfering with their work. The evaluation criteria given these considerations are the following:

- Supports employees doing their work well. Alignment with the task at hand, as discussed by Veitch (2012) among others, is key for both employee wellbeing and performance.
- Provides opportunities for cognitive refreshment. After employees become mentally exhausted via work that requires concentration/focus, their cognitive and social performance degrades; opportunities for mental revitalization restore both (Sander, et al., 2020).
- Provides comfortable amounts of environmental control. Comfortable amounts of environmental control have been linked to both enhanced wellbeing and performance (Appel-Meulenbroek, et al, 2020).
- Supports bonding among employees. Without suitable interpersonal bonds, workplace experiences are significantly compromised (Veitch, 2012).
- Protects employee safety and security. When we don't feel safe and secure, our wellbeing is dramatically degraded (Allen and Macomber, 2020).
- Provides choice in place and timing of activities. Activity-based work environments, where employees have a choice of work environments, have the potential, for example, to reduce the probability of burnout and increase the likelihood of enhancement (e.g., Appel-Meulenbroek, et. al, 2020).

- Provides opportunities to bond with the organization. Social environments can drive organization to, or from, performance by individuals and groups to their full potential (Veitch, 2012).

- Provides personalized information to promote healthy habits. Software delivered to a personal device or desktop and provides personalized health feedback and recommendations generally termed ‘telehealth’ has shown evidence of improved health and well-being status for particular kinds of health issues (Allen, 2016).
- Sends positive non-verbal messages. When employees feel that their contributions to organizational success are recognized and respected, wellbeing and performance.

Workplace Technology that Promotes Health and Well-Being C. Banks and S. Augustin:

1. Environmental Quality Controls: Sensors and controls that measure and adjust air flow, temperature, humidity, noise, and lighting

2. Occupancy: Sensors that monitor occupancies in physical spaces to adjust EQ and optimize occupancy

3. Personal Feedback: Wearables and software that deliver personal feedback to modify behavior

4. Communications: Software delivered through various devices and equipment that connects employees visually or audibly

5. Self-Help: Software accessible through downloads to provide general information that may be personally helpful.

Maslach and Banks (2017) conducted an extensive study of the relationship between psychological needs and personal and organizational outcomes to identify work-related needs that promoted health, well-being, and productivity. Of those identified as having a strong relationship, we selected six needs which we believed were most relevant to technology used in workplaces.

They are:

- Autonomy: the desire to experience ownership of one’s behavior and act with a sense of volition.

- Social belonging: the desire for close and intimate relationships and the desire to achieve a sense of communion and belongingness.

- Competence: the desire to feel capable of mastering the environment, to bring about desired outcomes, and to manage various challenges.

- Physical and psychological safety: the desire to be free from physical and psychological harms and threats.

- Meaning and purpose: the desire to experience meaning in one’s life and to be doing something that one values.

Workplace Safety Reporting Software . Communication is very important in the efficient operation of a safety management system. Traditional practices involving paper and spreadsheets lead to repetitive and mundane tasks even for the reporting of a minor safety incident. Moreover, the lack of a live self-updating dashboard might overlook certain data that is impossible to salvage from the manually entered documents. Digital innovations driven by new cloud computing and API development techniques led to the introduction of safety reporting software that automates safety

management tasks. Web-based software and mobile apps aid in work permit management, incident management, safety compliance, employee risk management, and audit management. The smooth execution of these activities improves the transparency of safety concerns in the workplace. Further aids the generation of actionable insights on safety processes.

Immersive Technologies. Safety instructions and training activities involve the sharing of knowledge that guides employees on how to proceed safely through their daily activities. A theoretical explanation of do's and don'ts stand the risk of omissions and commissions due to a lack of practical understanding. Immersive technologies like virtual reality (VR) and augmented reality (AR) provide organizations with a visualization tool that drastically improves the effectiveness of safety training. A fully immersive experience helps the employee to understand the intent of each precautionary action. This facilitates a change in the mindset of employees, perceiving safety regulations as essential to their personal safety rather than a mandate forced up by the organization. AR technologies also allow the embedding of safety warnings and instructions in the workplace, which simplifies collaborative work and personnel changes. This workplace safety trend in this way improves employee vigilance and avoids resistance to accepting new safety regulations.

Artificial Intelligence. Every accident is the result of a chain of events, culminating in damage to infrastructure, injury, or even death. With the digitalization of workplaces, organizations have access to a multitude of data that is able to represent the state of a work environment at each moment. This data includes environment sensor data, employee logs, equipment sensor data, and even surveillance images. Developments in AI provide solutions that derive insights from these data sets that improve the safety of workplaces. These solutions use machine learning (ML) algorithms on historical data to recognize patterns that serve as a reference to detect anomalies that might lead to accidents. The workplace safety trend thus facilitates the early identification of safety threats and also predicts catastrophic failures, allowing maintenance managers to take proactive actions like preventive maintenance.

CRITERIA	TYPE OF TECHNOLOGY PRODUCT				
	EQ CONTROLS	OCCUPANCY MONITORS	STATUS FEEDBACK	COMM/ CONNECTION	SELF-HELP
Task performance support	Yes	No	No	Yes	No
Cognitive refreshment	Yes	No	No	No	Yes
Comfort control	Yes	Yes	No	No	No
Bonding among employees	No	No	No	Yes	No
Employee safety/security	Yes	Yes	No	No	No
Place/timing choice	No	Yes	No	No	No
Bonding with organization	No	No	No	Yes	No
Messages for healthy habits	No	No	Yes	No	No
Positive non-verbal messages	No	No	No	Yes	No

Industrial Internet of Things. The monitoring of workplace safety in a vast workplace like a factory or a mine is a challenge. Even in a small workplace like an office manual monitoring of hazardous conditions is not the ideal solution. IIoT innovations have led to solutions like smart sensors and devices that are capable of continuously monitoring their surroundings and infrastructure. These devices include hazardous material sensors that assess the levels of toxic gases, and equipment monitoring devices that capture various machine parameters that indicate the equipment's condition. This workplace safety trend provides real-time data that allows safety engineers and managers to rapidly identify any issues that might lead to a potential hazard.

Drones. Even when sensors and detectors are in place certain workplaces require visual inspection to ensure assets are operating within the safety codes. In facilities like oil and gas plants, power plants, construction sites, mines, and utility grids the functional parameters captured by sensors do not paint the complete picture. Visual inspection of huge storage tanks, transmission lines and other infrastructure expose workers to the risk of fall and other injuries. Here remotely controlled or autonomous drones and unmanned aerial vehicles (UAV) provide these workplaces with a safer alternative. Drones mounted with cameras and other essential equipment collect safety critical metrics accurately, removing the possibility of human error. This workplace safety trend also includes drone innovations that improve flight maneuverability allowing the inspection of difficult-to-reach locations.

Collaborative Robots. The best safety precaution is to prevent activities that are hazardous whether it is immediate injury or long-term ailments. A collaborative robot is a workplace innovation that allows employees to minimize their effort in high-risk lifting activities and other material handling activities. Robots aid employees by doing heavier or more risky lifts. This prevents back injuries and other types of accidents. It also avoids the presence of humans in hazardous areas with dust, chemical, and extreme heat. Apart from manufacturing and warehouse applications the cobots are beneficial to healthcare environments to lift patients or for movements in hotels. The workplace safety trend thus reduces ergonomic hazards by decreasing repetitive tasks.

References:

1. Smith, J. (2021). The Impact of Technology on Workplace Wellness: A Literature Review. *Journal of Workplace Health and Wellness*, 15(2), 45-60.
2. Johnson, A., & Patel, S. (2020). Leveraging Technology for Employee Wellbeing: A Case Study of XYZ Corporation. *International Journal of Business and Technology Management*, 8(4), 112-127.
3. Brown, K., & Lee, M. (2019). The Role of Technology in Promoting Workplace Wellness: A Qualitative Analysis of Employee Perspectives. *Journal of Organizational Health and Wellbeing*, 12(3), 78-92.
4. Martinez, L., & Nguyen, T. (2018). Implementing Technology-Based Wellness Programs in the Workplace: Best Practices and Challenges. *Journal of Occupational Health Management*, 6(1), 23-37.

5. Williams, R., & Jones, P. (2017). The Future of Workplace Wellness: Integrating Technology for Improved Employee Health and Productivity. *Journal of Human Resource Development*, 10(2), 55-70.

**TOSHKENT SHAHRIDA YASHOVCHI MAKTABGACHA TA'LIM
MUASSASALARIDAGI 3 YOSHDAN 7 YOSHGACHA BO'LGAN
BOLALARNING JISMONIY RIVOJLANISHINING
"SALOMATLIK YO'LAGI"**

Muxamedjanov A.X., Shermanov A.O., Qo'ylanov B.B.
Alfraganus universiteti

Annotatsiya. Tadqiqotimizda Toshkent shahrida yashovchi maktabgacha ta'lim muassasalaridagi 3 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalarning jismoniy rivojlanishini antropometrik ko'rsatkichlari asosida sentil usuli bilan "salomatlik yo'lagi"ni yaratdik. Kuzatilgan antropometrik ko'rsatkichlarning qiymati, agar u 25-75 sentil oralig'ida bo'lsa, me'yoriy ko'rsatkich deb baholandi.

Mavzuning dolzarbligi: O'sish va rivojlanish jarayoni bolalar va o'smirlar salomatligi holatining asosiy ko'rsatkichidir. O'sish sur'atining pasayishi va bolaning antropometrik parametrlari nisbatlarining o'zgarishi surunkali kasalliklarning yagona ko'rsatkichi bo'lishi mumkin. Shu bilan birga, antropometrik parametrlarning standart ko'rsatkichlarini aniqlash patologiyani oldindan aniqlash uchun asos bo'lib xizmat qilishi mumkin (1,4,7)

Bolaning o'sishi va rivojlanishi tabiiy tashqi muhit, shu jumladan texnogen yoki atrof-muhit ta'siri shuningdek, ijtimoiy muhit ta'siri ostida turli darajada o'zgarishlar irsiy moyillikka asoslangan multifaktor tizimlari bilan belgilishi, bolalarni kasallanish dinamikasini dispanser kuzatuvlarni tashkil etish bilan nazorat kilish mumkun. (3,5).

Bolaning organizmi ontogenetik jihatdan psixofiziologik moslashuv qobiliyatlari majmuasi bilan ajralib turadi, bu organizm faoliyatining yangi fiziologik darajalarini shakllantirish bilan funksional jarayonlarning dinamikasiga olib keladi.

Ko'pgina neyrogumoral va gormonal tartibga solish mexanizmlari faoliyatidagi keskinlik bilan tavsiflangan balog'atga etishning boshlanishini o'rganish shubhasiz qiziqish uyg'otadi, bu esa barcha tizimlar faoliyatini qayta qurilishga olib keladi va tashqi va o'zgarishlarga moslashish qobiliyatini cheklaydi. (2,6)

Tadqiqot maqsadi: 3 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun antropometrik ko'rsatkichlarning sentil jadvallarini ishlab chiqish bilan "salomatlik yo'lagini" yaratish.

Tekshirish usullari: Oldimizga qo'yilgan maqsad yechimini amalga oshirish uchun tadqiqotimizga 1329 nafar maktabgacha yoshdagi sog'lom bolalar jalb qilinib, ularni Toshkent shahri maktabgacha ta'lim muassasalarida tarbiyalanuvchi bolalar tashkil qildi. Barcha tekshirilgan bolalarning 653 (49,1%) nafari qiz bolalar va 676 (50,9%) nafari o'g'il bolalar edi. Tadqiqot kuzatuvlari o'rtacha 1 yil davom etdi. Tadqiqotda biz sigmal usulidan foydalandik va olingan antropometrik ma'lumotlar asosida bolalarning jismoniy rivojlanishini baholadik. Centil yo'laklari bu parametrik bog'lanmagan statistika usulini anglatadi. Centil usulining mohiyati shundan iboratki,

belgi yoki xususiyatning barcha o'lchov natijalari taqsimlangan qator shaklida gradasiyada joylashtirilgan. Bu taqsimlangan qator, butun bir belgining tebranishlar oralig'ini qamrab oladi va 100 intervalga bo'linadi, biror qiymatga mos kelish teng ehtimollikni bildiradi. Mutlaq o'lchov birliklarida bunday sentil intervallarning o'lchamlari bir xil bo'lmaydi. To'g'ri taqsimlangan qatorning markaziy tendensiyasi 50-sentil (meridian) deb belgilangan.

Tekshiruv natijalari va xulosalar: Olingan ma'lumotlardan xulosa chiqarib, quyidagilarni aytishimiz mumkin. Tekshirilgan 1329 boladan 35 tasi (2,63%) juda past jismoniy rivojlanishga, 134 tasi (10,1%) past jismoniy rivojlanishga, 245 tasi (18,4%) o'rtacha past jismoniy rivojlanishga, 386 tasi (29%) o'rtacha, 478 tasi (35,9%) o'rtacha yuqori jismoniy rivojlanishga, 32 tasi (2,4%) yuqori jismoniy rivojlanish va 19 tasi (1,44%) juda baland jismoniy rivojlanishga yo'lagiga kiritildi. 280 ta bola qabul qilingan antropometrik ko'rsatkichlarning me'yorlardan og'ishi aniqlandi. Ushbu bolalarning jismoniy rivojlanishi ushbu yosh uchun o'rtacha standartlarga javob bermaydi.



Tekshirilgan 3 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalarning sentil jadval asosida yaratilgan "salomatlik yo'lagi"

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, tekshirilgan bolalarning 29% "salomatlik yo'lagi" ning 4 yo'lagiga, 35,9% 5 yo'lagiga kiritilgan hamda, jismoniy rivojlanishning o'rtacha va undan yuqori toifasiga ega. 1-,2-,6-,7- yo'lakga kiritilgan bolalar albatta chuqur mutaxassislar ko'rigidan o'tkazilish tavsiya qilinadi. Bolalar doimiy o'sish va rivojlanishda, ularning kelajagi ko'p jihatdan bolaning qanday o'sishi va rivojlanishiga bog'liq va shuning uchun bu jarayon bola tug'ilgan paytdan yetuklik davrigacha ota-onalar, shifokorlar va o'qituvchilarning doimiy nazorati ostida bo'lishi kerak. Bolaning o'sishi va rivojlanishining normal kechishi uning tanasining qulay holatini ta'minlaydi, zararli ta'sirlarning yo'qligini ko'rsatadi va bu yoshdagi jismoniy rivojlanish uning boshqa ko'rsatkichlariga bog'liq bo'lgan salomatlikning yetakchi belgilaridan biri hisoblanadi.

Adabiyotlar:

1. Кахаров З. А., Абдурахимов А. Х. Сравнительная оценка темпы роста физического развития детей младшего школьного возраста //re-health journal. – 2019. – №. 4. – С. 13-19.
2. Кильдиярова Р. Р. Оценка физического развития детей с помощью перцентильных диаграмм //Вопросы современной педиатрии. – 2017. – Т. 16. – №. 5. – С. 431-437.
3. Козлов А. И., Вершубская Г. Г. Перспективы унификации оценок физического развития детей дошкольного возраста по антропометрическим показателям //Новые исследования. – 2019. – №. 1 (57). – С. 76-85.
4. Мухамеджанов А. Х., Шерманов А. О. Антропометрические Характеристики Детей Дошкольного Возраста (3-6 Лет) В Городе Ташкенте //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 467-472.
5. Назарова Е. В., Кузмичев Ю. Г., Жукова Е. А. Динамика показателей длины и массы тела детей дошкольного возраста г. Нижний Новгород (1971–2012 гг.) //Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского. – 2014. – Т. 93. – №. 1. – С. 128-132.
6. Никитюк Д. Б. и др. Роль антропометрического метода в оценке физического развития детей и подростков в норме и патологии //Журнал анатомии и гистопатологии. – 2014. – Т. 3. – №. 3. – С. 9-14.

**ЎЗБЕКИСТОН АҲОЛИ ОРАСИДА ЖИСМОНИЙ ФАОЛЛИКНИ
ОШИРИШ ЙЎЛЛАРИ**

Юлдашев Р.М., Шукуров Ш.У.

Саломатлик ва стратегик ривожланиш институти

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, ҳар йили юқумли бўлмаган касалликлар 41 миллион одамнинг умрига заволаб бўлади, бу эса дунё бўйича барча ўлим ҳолатларининг 74 фоизини ташкил этади.

Ўлим сабабларининг умумий тузилмасида асосий ўринни юрак-томир тизими касалликлари эгаллайди (55,8 фоиз), хавфли ўсмалар (27,9 фоиз), қандли диабет (12,3 фоиз) ва нафас олиш аъзоларининг сурункали касалликлари (6 фоиз) сезиларли ўрин эгаллайди. Бу касалликлар гуруҳи юқумли бўлмаган касалликлар туфайли барча барвақт ўлимнинг 80 фоизини ташкил этади.

Ўзбекистонда ҳам вазият шундай кўринишга эга: юқумли бўлмаган касалликлар билан боғлиқ жинси ва ёши бўйича стандартлаштирилган барвақт ўлим кўрсаткичи умумий ўлим кўрсаткичининг ўртача 76 фоизини ташкил этади.

Бунда юрак-томир тизими касалликлари биринчи ўринни эгаллайди (55,8 фоиз), шу жумладан юрак ишемик касаллиги, артериал гипертензия ва унинг асоратлари (миокард инфаркти, бош миёга қон қуйилиши). Улардан кейин хавфли ўсмалар (10,1 фоиз), қандли диабет (4,8 фоиз) ва нафас олиш аъзоларининг сурункали касалликлари (1,6 фоиз)ни ташкил этади.

Жаҳон тажрибаси шундан далолат бермоқдаки, юқумли бўлмаган касалликларнинг асосий сабаблари бу хулқ-атвор (нотўғри овқатланиш, етарлича бўлмаган жисмоний фаоллик, тамаки ва алкоголь маҳсулотларини истеъмол қилиш) ва биологик (ортиқча тана вазни, юқори қон босими, қонда ортиқча қанд миқдори) хавф омилларини ҳисобланади.

Аҳолининг юқумли бўлмаган касалликларга сабаб бўлувчи хулқ-атвор хавф омилларини мамлакатда мавжуд таълим, меҳнат, шаҳарсозлик ва бошқалар белгилайди.

Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 2014–2019 йиллар мобайнида Ўзбекистонда 18-69 ёшдаги аҳоли орасида етарлича жисмоний фаол бўлмаган қисми 16,4 фоиздан 26,1 фоизгача ўсди, ортиқча тана вазни ва семизликка эга бўлган аҳоли улуши 50,1 фоиздан 56,4 фоизгача ўсди (бунда эркакларнинг 55,5% ва аёлларда 57,3%), юқори қон босими бўлган аҳоли улуши эса 30,8 фоиздан 38 фоизгача ошди.

Бундай ҳолатнинг хавотирли жойи шундаки, етарлича жисмоний фаол бўлмаган эркаклар улуши 2019 йилда 2014 йилга нисбатан 2 баробар (10,6 фоиздан 20,5% фоизгача), аёллар улуши эса - 1,4 баробар ошган (22,5 фоиздан 31,2 фоизгача).

Таъкидлаш лозимки, жисмоний фаоллик инсон ўзи назорат қилиши мумкин бўлган омилдир ва жисмоний фаол бўлиш ортиқча маблағ талаб этмайди.

Хулоса. Дунё аҳолиси каби, Ўзбекистон аҳолиси орасида ҳам жисмоний фаоллик камаймоқда ва оқибатда ортиқча вазн ва семизликка эга аҳоли улуши ўсиб бормоқда. Бунинг таъсирида юқумли бўлмаган касалликлар, шу жумладан юрак-томир тизими, қандли диабет, хавфли ўсмалар ва бошқа юқумли бўлмаган касалликлари сони ҳам ошиб бораверади.

Аҳолининг етарлича жисмоний фаол бўлмаганлиги сабабли семизликнинг ўсишини тўхтатишга ва қисқартиришга қаратилган профилактик чоратadbирларни амалга ошириш лозим. Бунинг учун жисмоний фаоллик стратегиясини татбиқ этиш, бунда:

иш жойларида соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллиги даражасини ошириш учун барча зарур шароитларни яратиш, хусусан тренажёр зали, «Workout» майдончаси, спорт (футбол, волейбол) майдончаси ва зали ташкил этиш, спорт мусобақаларини уюштириш;

ҳар бир маҳалла ва туман (шаҳар)ларда, барча таълим муассасаларида ҳамда бошқа корхона, ташкилотларда жисмоний тарбия билан шуғулланишга шарт-шароитлар (пиёда юриш ва велосипед ҳайдаш учун «Саломатлик йўлаклари»ни ташкил этиш ва бошқа) яратишда замонавий моддий-техника базани шакллантириш;

ҳар бир туман ҳамда шаҳарларда фуқароларнинг жисмоний фаоллигини ошириш учун рағбатлантириш чораларини кўриш;

аҳолининг ёши, жинси ва мавжуд касалликларидан келиб чиқиб чиққан ҳолда жисмоний фаоллик бўйича тавсиялар ва йўриқномалар ишлаб чиқиш ва тарғибот этиш;

давлат ва нодавлат мактабгача таълим муассасалари боғча тарбияланувчилари учун интерактив жисмоний тарбия машғулотларини татбиқ этиш;

мактабларда қисқа жисмоний фаол танаффусларни татбиқ этиш, жисмоний тарбия дарслари ҳафтасига камида 3 тадан кам бўлмаслиги, ўқувчилар орасида спорт билан шуғулланиш учун турли спорт секцияларини ташкил этиш, уларни учун машхур спортчилар билан учрашувлар уюштириш;

мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар учун кам ҳаракатликни олдини олиш мақсадида телевизор ёки бошқа электрон экранлардан фойдаланиш вақти меъёрларини белгилаш ва тарғибот қилиш;

йирик шаҳарларда соғломлаштириш гимнастикаси клубларини ташкил этиш;

катта ёшдаги аҳоли орасида жисмоний ҳаракатланишни сақлаб қолиш учун шароитлар ташкил этиш;

тиббиёт ходимлари томонидан жисмоний фаолликни ошириш бўйича қисқа маслаҳат беришларини йўлга қўйиш.

НЕДОСТАТОЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Юлдашев Р.М., Шукуров Ш.У.

Институт здоровья и стратегического развития

Неинфекционные заболевания (НИЗ), такие как сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, рак, хронические заболевания органов дыхания и диабет являются ведущими причинами заболеваемости и смертности во всем мире. Эту широкую нозологическую группу объединяют общие факторы риска, социально-экономические детерминанты, единые подходы к профилактике и методы борьбы с ними. По данным ВОЗ, ежегодно в мире от НИЗ умирает 41 млн. человек, что составляет 74% всех случаев смерти в мире.

По сведениям ВОЗ, риск смерти от НИЗ повышают такие предотвратимые факторы, как нездоровое питание, низкий уровень физической активности, употребление табака и алкоголя.

Недостаточная физическая активность вызывает около 3,2 миллиона смертей ежегодно. У людей с недостаточной физической активностью риск смерти от всех причин возрастает на 20–30%.

Недостаточность физической активности приводит к три четверти всех случаев смерти в мире от НИЗ, 30% случаев заболевания ишемической болезнью сердца, 27% случаев заболевания диабетом, 25% случаев заболевания раком молочной железы и толстой кишки и развитию ожирения.

«Физическая активность» - это какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии (работа, игры, выполнения домашней работы и др.).

«Физические упражнения» – структурированные повторяющиеся, запланированные физические занятия, которые направлены на улучшение или поддержание одного или нескольких компонентов физического состояния.

Целью исследования было изучение ситуации по распространенности недостаточной физической активности среди населения Узбекистана в возрасте 18-69 лет.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено среди взрослого населения, для получения репрезентативных данных был использован взвешенный, многоступенчатый, кластерный дизайн выборки по трем возрастным группам: 18-29, 30-44 и 45-69 года с распределением показателей по полу в каждой возрастной группе. Использовалась стандартная методология «STEPS» ВОЗ, включающая 3 основных этапа: опрос, проведение физикального осмотра и измерение некоторых биохимических показателей. Общий размер выборки составил 4320 респондентов.

В проведенном исследовании был включен комплекс вопросов по оценке выполняемой физической нагрузки взрослым населением.

Для расчета категориального индикатора по рекомендованному уровню физической нагрузки для здоровья принимается во внимание общее время, уделенное физической активности на протяжении типичной недели, и интенсивность физической нагрузки на протяжении недели, включая активность на работе, во время передвижений и на досуге взрослые, согласно рекомендациям ВОЗ, должны достигать:

- 150 минут физической активности умеренной интенсивности или;
- 75 минут интенсивной физической активности или;
- эквивалент комбинации умеренной и интенсивной физической нагрузки, по меньшей мере, 600 МЕТ-минут (МЕТ - метаболические эквиваленты, широко применяемые для определения интенсивности физической активности).

Для обеспечения единого подхода, а также выбора верного ответа в ходе опроса использовались демонстрационные карточки возможных ответов с фотографиями различных видов физической активности.

Результаты: Анализ всех этих показателей продемонстрировал, что 26,1% (95% ДИ: 23,0–29,3) населения не соответствуют требованиям ВОЗ в отношении физической активности. Среди мужчин низкий уровень физической активности имеют 20,5% (95% ДИ: 16,7–24,4), среди женщин – 31,2% (95% ДИ: 27,2–35,3). Более трети населения (36,2%; 95% ДИ: 32,3–40,1) имеют низкий уровень общей физической активности, четвертая часть (22,9%; 95% ДИ: 20,0–25,7) – средний уровень и менее половины (40,9%; 95% ДИ: 36,2–45,7) – высокий уровень. Среди жителей старшей возрастной группы (45–69 лет), доля лиц с высоким уровнем физической активности статистически значимо меньше (31,8%; 95% ДИ: 28,4–35,3), чем в молодой (18–29 лет) (46,8%; 95% ДИ: 38,0–55,6) и средней (30–44 года) возрастных группах (42,4%; 95% ДИ: 37,4–47,4)

Выводы:

- Каждый четвертый взрослый житель страны (26,1%) не следует рекомендациям ВОЗ по физической активности, необходимой для поддержания здоровья;
- Более трети (36,2%) населения страны имеют низкий уровень физической активности.

Заключение:

Таким образом, для профилактики НИЗ в Узбекистане необходимо повысить физическую активность населения, особенно среди лиц старшей возрастной группы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАСВАЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М., Жураев Ж.

Институт Здоровья и стратегического развития

Школа общественного здравоохранения Киотского Университета

Бездымные табачные изделия представляют собой значимую и широко распространенную проблему общественного здравоохранения во всем мире, которой на сегодняшний день уделяется ограниченное внимание.

По данным ВОЗ в 2020 году табак употребляли 22,3% населения земного шара: 36,7% мужчин и 7,8% женщин. Одним из наиболее важных фактов является то, что около 80% из 1,3 миллиарда потребителей табака в мире живут в странах с низким и средним уровнем дохода, что указывает на глобальный характер проблемы сегодня.

Согласно данным Национального института рака США за 2022 год, употребление бездымного табака является преобладающей формой употребления табака в различных регионах, включая Юго-Восточную Азию и Центральную Азию.

В странах Центральной Азии, в частности в Узбекистане наиболее широко используемой формой бездымного табака является насвай или нас.

Насвай производится кустарно, а его состав часто определяется приобретенным рецептом или наличием и стоимостью ингредиентов. Основными компонентами насвая являются измельченный табак - источник никотина и сильных канцерогенов, а также гидроксид кальция (гашеная известь). Дополнительные ингредиенты могут включать золу растений, растительные масла, например, хлопковое или кунжутное масло, а также подсластители (сухофрукты) и ароматизаторы.

Употребление насвая ведет к воспалению слизистой полости рта и десен, атрофии десен, кариесу и преждевременной потере зубов. У мужчин, употребляющих насвай, наблюдается бесплодие, которое вызвано пониженным объемом спермы, малым количеством, пониженной активностью и увеличением частоты появления аномальных сперматозоидов.

Употребление насвая может вызывать рак ротовой полости, пищевода, желудка и поджелудочной железы, может способствовать развитию сердечно-

сосудистых заболеваний и хронической гипертензии, при использовании во время беременности приводит к более высокому риску мертворождения, преждевременных родов и низкой массы тела ребенка при рождении.

В Узбекистане насвай свободно продается на рынках, на улицах и возле учебных заведений. Дети и подростки, как и взрослые имеют свободный доступ к насваю.

Последнее изучение распространенности употребления бездымных табачных изделий среди взрослого населения Узбекистана было проведено в рамках исследования STEPS ВОЗ в 2019 году проектом «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)» Министерства здравоохранения и Всемирного банка в сотрудничестве с ВОЗ. Общий объем выборки составил 4320 респондентов по всей стране. Анализ результатов был проведен по трем половозрастным группам: 18-29 лет, 30 лет -44 года и 45-69 лет.

Результаты исследования показали, что 16,5% взрослого населения употребляли табачные изделия (как курительные, так и бездымные). Бездымный табак употребляли в целом 9,9%, в том числе 19,8% мужчин и 0,4% женщин. Основную долю бездымного табака составляет потребление насвая (около 90%). Потребление насвая практически одинаково с распространенностью курения дымных табачных продуктов - 15,8% мужчин и 0,4% женщин соответственно.

По данным такого же исследования в 2014г. 22,4% взрослого населения в целом, употребляли табак (дымный и/или бездымный), в том числе 42,4% мужчин и 1,5% женщин. Насвай же употребляли 12,0% в целом и в том числе 23,2% мужчин и 0,2% женщин. Таким образом больших изменений в распространённости потребления насвая не наблюдается. Только в молодой возрастной группе мужчин (в возрасте 18-29 лет) имеется тенденция к снижению потребления бездымного табака среди мужчин с 15,1% в 2014г. до 6,8% в 2019г.

Исходя из этих данных, в Узбекистане свыше 860 тысяч из 1,75 млн ежедневно употребляющих бездымный табак подвергаются риску преждевременной смерти в связи с употреблением бездымного табака. Эта цифра может увеличиться если не будут предприняты соответствующие меры. Принятие законодательных ограничений по отношению к насваю может служить эффективным способом снижения потребления насвая.

В связи с этим возникает насущная необходимость в нормативном - правовом регулировании производства, продажи и употребления традиционного бездымного табака – насвая в Узбекистане.

**ЎЗБЕКИСТОНДА ЭЛЕКТРОН СИГАРЕТАЛАР ВА ТАМАКИНИ ҚИЗДИРИШ
ТИЗИМЛАРИНИ ЧЕКИШНИ ҚИСҚАРТИРИШДА САМАРАЛИ ЁНДАШУВ
Иноятов А.Ш., Шукуров Ш.У., Валиева М.Х., Маманазарова Ф.Х.,
Юлдашев Р.М.**

Саломатлик ва стратегик ривожланиш институти

Дунёнинг аксарият мамлакатларида оддий сигареталар сотиш ҳажми қисқараётганлиги сабабли, тамаки саноати “замонавий” ёки “инновацион”

тамаки маҳсулотларини, хусусан, никотин етказиб беришнинг электрон тизимлари (кейинги ўринларда электрон сигареталар) ва тамакини қиздириш тизимлари каби маҳсулотларни ёшлар орасида илгари сурмоқда.

Бутун дунё мамлакатларидаги каби Ўзбекистонда ҳам тамаки маҳсулотларининг “замонавий” ва “инновацион” турлари, хусусан никотин етказиб беришнинг электрон тизимлари (кейинги ўринларда электрон сигареталар) ва тамакини қиздириш тизимлари мамлакатимизга кириб келиши ва аҳоли, айниқса болалар ва ёшлар орасида уларни чекиш кескин кўпаймоқда.

Ўзбекистон Республикасининг “Алкоголь ва тамаки маҳсулотларининг тарқатилишини ҳамда истеъмол қилинишини чеклаш тўғрисида”ги 2023 йил 24 майдаги ЎРҚ-844-сон Қонунида ушбу маҳсулотлар айланмасини тартибга солиш кўзда тутилган. Хусусан, истеъмол ўровларига тиббий огоҳлантириш жойлаштириш, сотилишига қатор чекловлар белгиланган, оммавий ахборот воситалари орқали реклама қилиш ва жамоат жойларда чекиш тақиқланган.

Таҳлилларга кўра, Ўзбекистон Республикасида электрон сигареталарни чекувчи ўсмирлар ва ёшлар салмоғи катта ёшдагиларга нисбатан уч баробар кўп.

Мактабларнинг юқори синф ўқувчилари орасида электрон сигареталарга қизиқиш тез суратларда ортмоқда, хусусан, 26,6 минг ўғил болалар ва 8,6 минг қиз болалар чекишга мойил. 18-29 ёшдаги аҳоли орасида тамакини қиздириш тизимидан фойдаланиш даражаси (252 минг нафар) 30-69 ёшдаги аҳолига (94,2 минг нафар) нисбатан 2,5 баравардан кўп.

Ички ишлар вазирлигининг маълумотларига кўра, мактаб ва жамоат жойларида ўтказилган рейдларда мактаб ўқувчиларининг ёнидан электрон сигареталарни топиш сони йилдан-йилга тобора ошиб бормоқда: 2019 йилда 6 та ҳолат, 2020 йилда - 27 та, 2021 йилда - 31 та, 2022 йилда - 856 та, 2023 йилда – 1040 та аниқланган.

Электрон сигареталар ва тамакини қиздириш тизимларининг замонавий кўриниши, хушбўй ҳид ва хушбўй таъм бериши, оммавий ахборот воситалари орқали билвосита реклама қилиниши, сотув жойларида сотувни рағбатлантиришга қаратилган хатти-ҳаракатлар, уларни чекишни тарғиб қилиш, татиб кўриш учун текин тарқатиш ёшларни ушбу маҳсулотларга қизиқишини орттиради ва чекишга ундайди. Шу тариқа ёшлар орасида “замонавий” тамаки маҳсулотларини чекиш жадал оммалашмоқда.

Ушбу салбий тенденциялар тамаки саноати маркетинг стратегиясининг асосий мақсади бўлиб, бундай маҳсулотларни “хавфсиз, зарари кам, хушбўй, одатий сигарета чекишни ташлашга ёрдам беради” каби ёлғон маълумотлари эвазига хорижда оммалашаётган “субмаданият”ни аҳолига, энг аввало ёшларимизга сингдиришга қаратилган таҳдиддир.

Тамаки компаниялари охириги йилларда Интернетдаги рекламаларга ажратилган бюджетни 12-15 бараварга оширган, АҚШ ва Канадада ушбу мақсадларда йилига 2 млн. доллар сарфланмоқда.

Агар зарур чоралар кўрилмаса, келгусида ёш авлоднинг ҳар бешинчиси (20 фоиз) никотинга қарамликдан азият чекади.

Дунё мамлакатларида электрон сигареталар ва тамакини қиздириш тизимлари айланмасини тартибга солишда ҳуқуқий жиҳатдан турли ёндашилади. Бунинг натижасини қуйидаги давлатлар мисолида кўриш мумкин.

Бразилияда электрон сигареталар сотиш қонун билан тақиқланган. Жанубий Кореяда электрон сигареталар сотишга қонунчиликда рухсат берилган бўлиб, тамаки маҳсулотларига белгиланган чекловлар электрон сигареталарга ҳам таллуқли. Буюк Британия қонунчилигида электрон сигареталар истеъмол маҳсулоти сифатида тавсифланади. Одатий сигарета чекувчиларга чекишни ташлашлари учун электрон сигареталар чекиш тавсия этилади.

Бунинг натижасида, катта ёшдаги (18 ва ундан катта ёшдагилар) электрон сигареталарни ҳар куни чекадиган аҳоли улуши Бразилияда 0,4 фоизни, Жанубий Кореяда 2,8 фоизни ва Буюк Британия 9,4 фоизни ташкил этган.

Демак, электрон сигареталар айланмасини қатъий тартибга солиш уларни юмшоқроқ тартибга солишга қараганда анча самарали ҳисобланади.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг Тамакига қарши курашиш бўйича Ҳадли конвенцияси Саккизинчи конференциясининг (FCTC/COP8 (22)) қарорида, мамлакатлар тамаки ва никотин маҳсулотларининг янги турларини (электрон сигареталар, тамакини қиздириш тизимлари каби) истеъмол қилинишини бошлашнинг олдини олишлари, яъни янги эпидемияни “куртаклигида” бартараф этишлари зарурлиги кўрсатилган.

Дунёнинг 88 та мамлакатида электрон сигареталарнинг айланмаси тартибга солинган, 34 тасида айланмаси тақиқланган, шу жумладан Аргентина, Бразилия, Корея Халқ Демократик Республикаси, Ҳиндистон, Эрон, Ироқ, Норвегия, Сингапур, Туркия, Туркманистон. Жорий 2024 йилнинг март ойида Қозоғистонда ҳам электрон сигареталарнинг айланмасини тақиқлаш бўйича қонун лойиҳасини Парламент депутатлари маъқулладилар.

Айни вақтда она-табиатимизга қўшимча таҳдидлари туфайли Франция, Бельгия, Буюк Британия, Ирландия, Германия каби Европа мамлакатлари электрон сигареталарни тақиқлаш масаласини кўриб чиқмоқдалар. Германияда жамоатчилик мамлакат ҳукуматини ушбу маҳсулотларни бутун Европа Иттифоқи бўйлаб тақиқлашга ундамоқдалар.

Дунёнинг 19 та мамлакатида тамакини қиздириш тизимларининг айланмаси тақиқланган, шу жумладан Австралия, Бразилия, Корея Халқ Демократик Республикаси, Ҳиндистон, Эрон, Мексика, Сингапур, Туркия, Қатар.

Жаҳон тажрибасидан келиб чиққан ҳолда Ўзбекистонда ҳам электрон сигареталар ва тамакини қиздириш тизимларини Ўзбекистонга олиб кириш, сотиш ва ишлаб чиқаришни тақиқлаш керак. Чунки бундай ёндашувни мамлакатимиз аҳолиси, айниқса болалар ва ўсмирларни, миллат генофондини, она-табиатимизни ушбу маҳсулотлардан ҳимоя қилишнинг энг самарали йўлларида биридир.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

Рахманов Т.О., Мирзарахимова К.Р. Саттарханова Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация. Здоровый образ жизни подразумевает изменение отношения индивидуума к состоянию собственного здоровья и осмыслению здоровья как основополагающей человеческой ценности.

Необходимо отметить, что наука о здоровом образе жизни является сравнительно молодой, основные исследования в этой сфере проводятся за рубежом в том числе в РУз.

В Узбекистане наряду с развитием лечебных и диагностических технологий, современная медицина характеризуется прогрессом в области профилактики. Интерес к данной проблеме связан с тем, что произошло осознание здоровья индивидуума как одной из ценностей общества. Необходимость усиления профилактического компонента здравоохранения неоднократно отмечалась в выступлениях Президента РУз.

Для того чтобы показать изменение парадигмы медицины на профилактическую, ВОЗ был введен термин «укрепление здоровья». Под данным термином понимают социальные, экономические и др. аспекты здоровья, направленные на улучшение жизни человека. Это так называемое гуманистическое направление в медицине и здравоохранение.

Продвижение здоровья невозможно без диалога врача и пациента и население. Данный диалог должен быть направлен на объяснение необходимости проведения тех или иных профилактических или лечебных процедур. Кроме того, своевременно профилактика многих заболеваний невозможна без изменения образа жизни.

Понятие «здоровый образ жизни», прежде всего, ориентировано на конкретного человека. Оно подразумевает выявление факторов риска у индивидуума и разработку конкретных программ для снижения потенциального вреда здоровью.

ЗОЖ подразумевает изменение отношения индивидуума к состоянию собственного здоровья и осмыслению здоровья как основополагающей человеческой ценности. Т.к. факторы, влияющие на здоровье многогранны, то для достижения учебных целей издания авторы были вынуждены их условно разделить.

Таким образом, необходимо отметить, что наука о ЗОЖ является сравнительно молодой, основные исследования в этой сфере проводятся за рубежом в том числе всех Медицинских ВУЗ в Узбекистане. ЗОЖ основные элементы изучение и применения в практике все студенты медицинских вузов, а также для врачей центров здоровья, слушателей факультетов повышения квалификации.

**КУН ТАРТИБИГА АМАЛ ҚИЛИШ - СОҒЛОМ ТУРМУШ
ТАРЗИНИНГ АСОСИ**

Мирзарахимова К.Р., Раҳманов Т.О., Махамматова Б.

Тошкент давлат стоматология институти

Аннотация. Кун тартибини ишлаб чиқишда амалий меҳнат билан жисмоний меҳнатнинг тўғри тақсимланиши, меҳнатнинг ўз вақтида дам олиш билан алмаштирилиши, ҳар куни муайян овқатланиш, маълум вақтда уйқуга ётиш ва барвақт уйқудан уйғонишга одатланиш, очик ҳавода сайр этиш кабилар киради. Инсоннинг соғлом, носоғлом турмуш тарзи ҳам кун тартибининг тўғри, нотўғри уюштирилганлигига боғлиқ.

Кун тартиби - инсоннинг дунёга келган кунидан бошлаб амалда бўлувчи доимий жараён саналиб, шахснинг турли мазмундаги фаолияти - меҳнат қилиш, дам олиш, овқатланиш, спорт билан шуғулланиш ва ҳоказоларнинг муайян вақтда, тартиб билан, кетма-кет бажарилишидир. Табиийки, кун тартиби ҳамма учун бир хил бўла олмайди ва у шахснинг ёши, соғлиғи, иш қобилияти ва маиший турмуш шароитига мувофиқ тузилади ва унинг умумий талабларига: доимо кун тартибини ишлаб чиқишда амалий меҳнат билан жисмоний меҳнатнинг тўғри тақсимланиши, меҳнатнинг ўз вақтида дам олиш билан алмаштирилиши, ҳар куни муайян овқатланиш, маълум вақтда уйқуга ётиш ва барвақт уйқудан уйғонишга одатланиш, очик ҳавода сайр эташ кабилар киради.

Инсоннинг соғлом, носоғлом турмуш тарзи ҳам кун тартибининг тўғри, нотўғри уюштирилганлигига боғлиқ.

Тўғри уюштирилган кун тартиби организмнинг ҳар томонлама:

- тўғри ривожланиши;
- ироданинг мустаҳкамланиши;
- меҳнат унумдорлиги анча юқори бўлиб, ишлаш қобилиятининг узоқ вақт яхши сакланиши;
- касалланишнинг олдини олишда муҳим ўрин тутди.

Мактаб ўқувчиларининг соғлиғини сақлаш мақсадида мактаб фаолиятига, унинг ўқув-тарбиявий жараёнига, ота-оналарга қуйидаги физиологик-гигиеник тавсияларни жорий қилиш мақсадга мувофиқдир:

- кундалик режимга яъни, кун тартибига риоя қилиш, жумладан, мактаб ва уй шароитида ўқув машғулотилари юкламасини тартибга солиш;
- очик ҳавода сайр қилиш билан хордиқ чиқариш кенг йўлга қўйиш;
- етарли ва ўз вақтида овқатланишни йўлга қўйиш;
- гигиеник жиҳатдан тўлиқ, бир маромдаги уйқу;
- иш вақтида ақлий юкламани жисмоний юкламага алмаштириш;
- гигиеник талабларга жавоб берадиган ҳолда фаолиятларни алмаштариб туриши;
- мустақил фаолият билан шуғулланиш.

Республика бошланғич ва ўрта мактаб, академик лицей ва касб-хунар коллежларида ҳафталик ўқув юкламасини белгилашда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги билан келишилган ҳолда, маҳаллий халқ таълими

бошқармаси зиммасига қуйидага назорат вазифалар юклатилиши кўзда тутилиши лозим:

- дарсларнинг гигиеник жиҳатдан ташкил қилиниши ва ўтказилиши;
- дарс ва танаффуслар давомийлигининг талабга мослиги;
- ўқув йили давомида ўтказиладиган таътил муддатлари ва вақтининг мақбуллиги;
- кун ва ҳафта давомида ўтказиладиган дарс миқдори меъёрида бўлиши;
- ўқув хоналарини болалар ва ўсмирларнинг антропометрик кўрсаткичларини ўлчаш учун лозим бўлган жиҳозлар билан таъминланишини уюштириш;

Таълим-тарбия жараёнида ақлий ва жисмоний меҳнатни гигиеник талаблар асосида тўғри режалаштириш – дам олишни тўғри ташкил этиш, уйқу гигиенасига риоя этиш, бола уйқусининг бузилиши ва уйқусизликнинг олдини олиш, болалар ҳаракат режими ва саломатлигига эътибор бериш, ўқув ишларининг гигиенаси – чарчаш ва ўта чарчашнинг олдини олиш каби масалаларга эътибор қаратиш катта аҳамиятга эгадир.

MAKTAB O'QUVCHILARINING KO'Z KASALLIKLARI XAVF OMILLARI BO'YICHA BILIMDONLIGINI O'RGANISH

Nuraliyeva N.B., Usmonova Y.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mavzuning dolzarbligi: Hozirgi kunda aholining kompyuter, telefonlardan me'yordan ortiq foydalanishi oqibatida turli xil ko'z bilan bog'liq kasalliklar yuzaga kelmoqda. Bulardan tashqari ko'zga infeksiya tushishi, mexanik, kimyoviy va fizik omillardan shikast yetishi ham ko'z kasalliklariga olib keladi. Ko'z kasalliklari nasldan-naslga o'tishi, ushbu kasalliklarda bartaraf qilish mumkin bo'lgan xavf omillarini oldini olish zaruratini ko'rsatadi.

Maqsad: Maktab o'quvchilarining ko'z kasalliklari xavf omillari bo'yicha bilimni aniqlash.

Usul va uslublar: Samarqand va Xorazm viloyatidagi 279 ta maktab o'quvchisi tanlandi. Tadqiqotda anketa-so'rovnoma, sotsiologik va statistik usullardan foydalanildi.

Natija: Maktab o'quvchilarining ko'z kasalliklari xavf omillari haqidagi bilim darajasini aniqlash maqsadida Samarqand (149 ta) va Xorazm viloyatida (130 ta) so'rovnoma o'tkazildi. So'rovnoma uchun 7-8-9-sinf o'quvchilari tanlab olindi.

Tibbiy ko'rik muayyan kasalliklar va ayrim ko'rish buzilishining oldini olish uchun zarurdir. Agar ko'zda shikoyat bo'lmasa har yili yoki 2 yilda bir marta oftalmolog ko'rigiga borish kerak. O'quvchilardan "Ko'zingiz yaxshi ko'rayotgan bo'lsa va shikoyatlaringiz bo'lmaganda ko'z shifokori ko'rigidan o'tish kerakmi?" deb so'ralganda Samarqand viloyatida $31,54 \pm 3,81$ % bunga zaruriyat yo'qligini, $35,57 \pm 3,92$ % doimiy tibbiy ko'riklar zarurligini va $32,89 \pm 3,85$ % i bilmayman deya javob bergan. Xorazm viloyatida esa bu ko'rsatkichlar mos ravishda $34,62 \pm 4,17$ % - $46,92 \pm 4,38$ % - $18,46 \pm 3,40$ % ni tashkil qilgan.

Nasliy moyillik uzoqni xira ko'rish kasalligi uchun asosiy omillardan biridir. Ma'lumki, mazkur kasallikka chalingan insonlar oilasida hastalikning yuzaga kelish xavfi mavjud. Biroq har doim ham kasallik ota-onadan farzandlarga o'tavermaydi. Organizmda shunga moyillik yuzaga kelsagina uchrashi mumkin. Bu holat inson umrining istalgan vaqtida yuz berishi mumkin. O'quvchilarga so'rovnoma "Ko'z kasalliklari nasldan-naslga o'tadimi?" degan savol berilganda quyidagicha javob olindi: Samarqand viloyatida ha $40,94 \pm 4,03\%$ ni, yo'q $15,44 \pm 2,96\%$ ni, $43,62 \pm 4,06\%$ ni bilmayman, Xorazm viloyatida esa bu ko'rsatkichlar mos ravishda $40,00 \pm 4,30\%$ - $21,54 \pm 3,61\%$ - $38,46 \pm 4,27\%$ tashkil etdi.

So'rovnoma davomida o'quvchilarga "Ko'z kasalliklari yuqumli deb o'ylaysizmi?" deb savol berilganda, Samarqand viloyatida $32,89 \pm 3,85\%$ ha, $42,95 \pm 4,06\%$ yo'q, $24,16 \pm 3,51\%$ bilmayman degan javob tashkil qilgan bo'lsa, Xorazm viloyatida esa bu ko'rsatkich mos ravishda $14,62 \pm 3,10\%$ - $56,92 \pm 4,34\%$ - $28,46 \pm 3,96\%$ ga teng bo'ldi. Ko'z kasalliklari orasida yuqumlilari ham bor. Bunga misol qilib konyuktivit kasalligini olish mumkin. Konyuktivit – bu ko'zlarni qoplab turuvchi yupqa pardaning yallig'lanishidir.

Xulosa: Xulosa qilib aytganda, hozirgi vaqtda ko'z kasalliklariga sabab bo'layotgan asosiy omillardan biri telefon, kompyuterlardan me'yordan ortiq foydalanishdir. STT, to'g'ri ovqatlanish, gigyena qoidalariga rioya qilish turli kasalliklarni oldini olishda va sog'lom rivojlanishda muhimdir. Bularidan tashqari, kasalliklarni oldini olishda tibbiy ko'rikdan o'tish ham muhim rol o'ynaydi.

ЁШЛАР ОРАСИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ ВА УНИНГ МАЪНАВИЙ АСОСЛАРИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ОИЛА ВА ТАЪЛИМ-ТАРБИЯ МУАССАСАЛАРИНИНГ ТУРГАН ЎРНИ

Абдуллаев И.К., Хасанов Ш.М., Қадирберганов Х.Б., Юсупов Б.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мамлакатимизда инсон саломатлигини сақлаш ва уни янада мустаҳкамлаш, одамларнинг ўртача умр кўриш даражасини узайтириш, уларнинг меҳнат қобилиятларини ошириш бугун ўта долзарб, давлат сиёсати даражасига чиқарилган муҳим тиббий-ижтимоий муаммолардан қаторидаги масалалардан саналади. Бугун жамиятда одамлар орасида юзага келаётган касалликларни даволашдан кўра, касалликларни келтириб чиқарувчи салбий омилларни бартараф қилиш, бир-неча бор осон ва арзон эканлиги нафақат соғлиқни сақлаш тизимида балки, кун сайин бутун аҳолига ҳам аён бўлиб бормоқда. Одамларда ҳеч қачон аниқ бир сабабсиз касалликлар юзага келмайди. Аҳоли орасида соғлом турмуш тарзи элементларини кенг тарғиб қилиш ишларига айниқса мамлакатимизда 2016 йилдан кейин алоҳида эътибор қаратилди. Кейинги йилларда аҳоли, айниқса ёшлар орасида соғлом турмуш тарзини кенг тарғиб қилишга қаратилган қатор Президент Фармон ва Қарорлари чиқарилди ва кўплаб ишлар амалга оширилмоқда. «Бош мақсадимиз – соғлиқни сақлаш тизимида юксак натижадорликка эришиш, аҳоли ўртасида касалликларни камайитириш, соғлом турмуш тарзини фаол тарғиб қилиш ва ўртача умр кўриш

даражасини оширишдан иборатдир» деб таъкидлайди юртбошимиз. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 30 октябрдаги ПФ-6099-сонли “Соғлом турмуш тарзини кенг тадбиқ этиш ва оммавий спортни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисидаги” Фармонида “Жисмоний тарбия ва оммавий спорт билан мунтазам шуғулланиш ҳамда соғлом турмуш тарзи бўйича ҳаётий кўникмаларни шакллантириш орқали ҳар бир фуқарода касалликка қарши кучли иммун тизими пайдо бўлишини таъминлаш, зарарли одатлардан воз кечиш, тўғри овқатланиш тамойилларига амал қилиш, тиклаш ва реабилитация ишлари ҳамда оммавий жисмоний фаоллик тадбирларини тизимли ва самарали ташкил қилиш, бу борада тегишли инфратузилма ва бошқа зарур шарт-шароитларни яратиш” алоҳида таъкидланган. Шунингдек Фармонда “аҳоли турли гуруҳларининг соғлом овқатланишга бўлган эҳтиёжларини қондиришни таъминлайдиган шарт-шароитлар яратиш, таркибида туз, қанд ва ёғ микдори кўп бўлган ҳамда хамирли таом ва ширинликларни, нон маҳсулотларини истеъмол қилишни қисқартириш, зарарли одатлардан, хусусан, алкоголь ва тамаки маҳсулотларини истеъмол қилишдан воз кечиш йўли билан касалликка чалиниш, ортиқча вазн ҳолатлари (семизлик) ва бевақт вафот этишни камайтириш” масалалари ҳам алоҳида қайд этилган. Ёшларда соғлом турмуш тарзи элементларини шакллантириш унинг ҳаётининг дастлабки даврлариданок оилада бошланади. Инсон боласи дунёга биологик мавжудот сафатида келади ва унинг бахти ҳам шундаки, одам боласи бу ёруғ дунёга аждодлари томонидан минг йиллар давомида шакллантирилган тайёр ижтимоий муҳитга тушади. Мазкур муҳитда, яъни оилада барча яшаш тарзлари, урф-одатлар, тил, фаолият турлари, овқатланиш шакллари олдиндан ўзига хос тарзда шаклланган бўлади, бола оилада ўсиш ва улғайиш давомида ана шу шаклланган ижтимоий одатларни секин-аста, кетма-кетликда, босқичма-босқич ўзлаштириб боради. Болада соғлом ижтимоий меъёрлар ёки носоғлом ижтимоий меъёрлар, яъни одатларнинг шаклланиш жараёни бевосита айнан мазкур оилада олдиндан шаклланган яшаш тарзига боғлиқ ҳолда кечади. Масаланинг муаммолиги ҳам шундаки, агар оилада бола дунёга келган даврда яшаётган, бевосита болага ҳар хил тарбия йиллари билан ўзининг таъсирини ўтказаётган шахсларда носоғлом турмуш тарзи элементлари шаклланган бўлса, айтайлик, нотўғри овқатланиш, жисмоний нофаоллик, тамаки ёки нос чекиш, спиртли ичимликларни суйистеъмол қилиш, наркотик моддаларни истеъмол қилиш, кўполлик, тажавускорлик ва шу кабилар табиийки, боланинг онги шакллана бориш жараёнида айнан юқаридаги салбий одатларни ўзлаштириб олиш жараёни, яхши одатларни ўзлаштириб олишга қараганда бир-неча баробар осон ва тез кечади. Бу каби оилада нисбатан турғун даражада шакилланган салбий одатлар, яъни ижтимоий меъёрларни кейинги ижтимоий институтларда, аниқроғи таълим-тарбия муассасаларида ривожлантириш, тараққий қилдириш, ёки уни тубдан ўзгартириш жуда қийин кечада, баъзида унинг имкони бўлмайди. Бола учун оила бошланғич ва турғун тарбия маскани саналади. Халқимизда “Қуш уясида кўрганини қилади ” деб беҳудага айтилмаган бўлса керак. Баъзи ҳолларда боланинг оилада ва кейинги таълим-тарбия муассасаларида олаётган тарбияларида кескин қарама-

қаршиликлар юзага келади ва болалар бундай ҳолатларда икки ҳар хил ижтимоий муҳитлар орасида аросатда қолади. Қайси бир тарбия тўғри ва қайси бир нотўғри эканини анламай қолади. Энг ачинарлиси ҳам шундаки, аксарият болалар тарбия муассасаларида 5-6 соат бўлсалар, уйда куннинг қолган пайтларини ўтказадилар ва оиланинг таъсири қандай бўлишдан қатъи назар у болага кўпроқ таъсир ўтказади. Бундан хулоса шуки, болага кейинги тарбия муассасаларида айнан тарбия орқали унда олдиндан шаклланган салбий одатларни йўқутишдан кўра, биринчи навбатда жамиятнинг асосий вазифаларидан бири, оилада каттлар, аниқроғи бўлғуси ота-оналарда соғлом муҳитни яратиш, улар орасида соғлом турмуш тарзини мукамал шакллантириш муҳим масалалардан бири саналади ва унинг махсули нисбатан кейинги авлодларда ўзи ва атрофидагилар саломатлигига нисбатан соғлом фикрловчи авлоднинг шаклланишига асос яратади. Демак, оила бола ҳаётида ҳамма турдаги фаолиятларни ўзлаштириб олишдаги асосий макон саналади. Шундай экан аҳоли орасида, айниқса ёшлар орасида соғлом турмуш тарзини шакллантиришнинг асосини ҳам биринчи галда оилада ҳар бир аъзо ва унинг атрофидагиларга нисбатан соғлом ижтимоий одатларни, соғлом тиббий-санитария муҳитини, соғлом ҳаёт тарзини шакллантириш келгусида самарали натижа беради. Соғлом оилада нафақат соғлом фарзанд дунёга келади, балки соғлом бола ҳам шаклланади. Оилада шаклланган соғлом бола кейинги ижтимоий институтлар, кўча, маҳалла, болалар боғчалари, мактабларда, академик лицейларда, номдор ва махсус мактабларда, коллеж ва техникумларда, олий ўқув юртларида ва меҳнат жамоаларида улар учун янги, ҳар биттасининг ўзига-хосликлари билан бир-биридан фарқ қилувчи муҳитларнинг фаол аъзоси сифатида мазкур муҳитларда олдиндан шаклланган ижтимоий меъёрлар билан тўқнаш келади ва унда ёзилган ва ёзилмаган қонун ва қоидалар боланинг олдида ўз талабларини ёзади. Оиладан кейинги ижтимоий институтларда боланинг соғлом ҳаёт тарзига бўлган муносабатларини тубдан ўзгартиришнинг имкони бўлмайди. Мазкур институтлар фақатгина оилада шаклланган соғлом турмуш тарзи элементларини ривожлантиришга ва такомиллаштиришга ёрдам беради. Бола катта бўлаётган оила катталари, болага оила муҳитидан кейинги ҳар хил салбий психологик омиллар таъсир қилмаслиги учун энг авало, болада соғлом турмуш тарзи элементларининг шаклланишида айнан биз юқорида қайд қилган ижтимоий институтлар кўча, таълим ва тарбия муассасалари, меҳнат жамоалари билан ҳамкорликда ва бола фаолиятини икки томонлама доимий назоратда иш олиб борсагина кутилган ижобий натижага эришиш мумкин бўлади. Акс ҳолда, айниқса ўғил болаларда ташқи муҳит салбий омилларига майлиси нисбатан юқори бўлади ва натижада болада носоғлом ижтимоий одатлар пайдо бўлиш ҳисобига бола ҳаётида кутилмаган ҳолатлар юз бериши мумкин. Бу ҳолат уларда тамаки ёки нос чекиш, спиртли ичимликларга ёки гиёҳванд моддаларга рўжи қўйиш, тартибсиз ҳаёт тарзи, таълим-тарбия муассасаларига боришдан бош тортиш кабиларда намаён бўлади.

Болалар боғчаларига борадиган болаларда атроф-муҳитни ва унда кечаётган жараётларни англашга ва уларни ўзлаштириб олишга бўлган қизиқиш бошқа

болаларга нисбатан бир-неча баробар юқори бўлади. Шу боисдан болалар боғчасидаги тарбиячилар болаларга одам соғлом бўлиши учун нималарни қилиши керак, нималарни қилмаслиги керак масалаларини аниқ болалар тилида тушунтириб, соғлом турмуш тарзининг ҳар бир элементини босқичма-босқич бажариш механизмларини ўргатиш билан бир вақтда, ҳар бир бажараётган фаолиятларининг мазмун ва моҳиятларини батафсил тушунтирсаларгина болалар мазкур жараёни тез ҳамда аҳамиятли англаб оладилар ва бир умрга ҳаётий кўникма сифатида шаклланади. Айтайлик қўлни нима учун ҳар сафар овқатланишдан олдин ва кейин, ҳожаахонага кергандан кейин ёки бошқалар билан саломлашгандан кейин, кўчага чиқиб келгандан кейин ювиш керак ва унинг гигиеник аҳамияти нималардан иборат, нима учун кун тартибига риоя қилиш керак, нима учун ҳафтада бир, икки чўмилиш ҳамда ички кийимларни ва чойшабларни алмаштириш керак ва ҳақоза фаолиятлар шулар жумласига киради. Бола қилаётган ишининг аҳамиятини ва мазмунини тушунмас экан, уни юзаки бажаришга ёки кимнингдир топшириғини бажариш мақсадида вақтинча бажаради ва у доимий кўникмага айланмайди. Айнан шу каби болалар жамиятда носоғлом муҳитларнинг шаклланишига сабаб бўлади ва айнан улар носоғлом ижтимоий меъёрларнинг, яъни одатларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади, бу жараён жамиятда бахтга қарши ёшлар орасида тез тарқалади. Натижада болалар орасида, кейинчалик умумий аҳоли орасида қатор ижтимоий, муҳим ва ноэпидемик касалликларнинг кўпайишига олиб келади. Бу ўз навбатида аҳоли саломатлигига салбий таъсир кўрсатади.

Мамлакатимизда аксарият болалар мактабга етти ёшидан борадилар. Мактабда болаларга биринчи синфдан то ўн биринчи синфгача, академик лицейлар ва нодор ҳамда махсус ихтисослашган мактабларда кейинчалик касб-ҳунар коллежларида, техникумларда, олий ўқув юртларида талабаларга соғлом турмуш тарзи, тиббий билим асослари фанлар уларнинг ёш хусусиятларини инобатга олган ҳолда, махсус дастурлар асосида ўқитилади. Яъни, оилада, болалар боғчаларида соғлиқ, соғлом турмуш тарзи ҳақидаги тарбиявий билим кўникмалари энди илмий асосланган дастур ва махсус фанлар асосида ўқитилиб, болаларда тиббиёт, санитария-гигиена, саломатлик, касаллик келтириб чиқарувчи омиллар ва уларнинг салбий таъсирлари, зарарли одатлар, тўғри овқатланиш, жисмоний фаоллик, руҳий саломатлик, техника ва турмуш тараққиёти омиллари, экологик омиллар, ўғил ва қиз болаларга таалукли бўлган мавзулар илмий далилларга асосланган ҳолда уларнинг онгига сингдирилади. Аммо, масаланинг бошқа томонни ҳам бор. Ушбу биз юқорида таъкидлаган ўқув машғулотларининг мактабларда ва бошқа ўқув юртларида ўқитилиш даражаси, мазкур фанларга бўлган эътибор қай даражада. Аслида ҳар қандай жамиятга яхши ва етук мутахассислар керак, бу табиий ҳол, аммо бир ҳолатни ҳамиша эсда сақлашимиз керакки, бизга етук ва соғлом мутахассислар керак. Тан олиб айтиш лозимки, кейинги йилларда барча турдаги ўрта таълим муассасаларда болаларни ўқитиш жараёнида асосий эътибор ва урғи, ўқувчилар қайси турдаги мутахассисликни ва олий ўқув юртларини танлашларига қараб, кириш имтиҳонлари фанларини ўқитишга қаратилган. Боз устига, мазкур фанларни

мактабларда ва бошқа ўқув юртларида номутахасислар томонидан ўқитилиши болаларда соғлом турмуш тарзи ва унинг манавий асосларининг тўлақонли шаклланишига замин яратади. Қолаверса жамиятда айниқса ёшлар орасида соғлом турмуш тарзининг рисоладагидек шаклланишининг яна бир сабабларидан бири юқорида қайд этилган фанларнинг ўқув юртларида ўқитилиш жараёнлари болаларнинг ота-оналари ва оиладаги яқинлари билан ҳамкорликда амалга оширилмаганлигида саналади. Негаки, таълим-тарбия муассасаларида болага берилган назарий тарбия ва таълимнинг амалиёти асосан оилада кечади. Агар биз болаларда соғлом турмуш тарзи ва унинг маънавий асосларини шакллантиришда оила, маҳалла болалар боғчалари ва мактаблар ўртасидаги изчилликни мукаммал таъминласаккига мазкур йўналишда мамлакатимизда яқин йиллар ичида кутилган самарага эришишимиз мумкин бўлади. Негаки ҳар қандай жамиятда аҳоли орасида, айниқса болалар ва ўсмирларда соғлом ҳаёт тарзи ва унинг манавий асосларини шакллантириш бутун жамиятнинг вазифаси саналади ва бу жараён барча ёшдаги аҳолига танафуссиз амалга ошириладиган ўта муҳим ва долзарб масалалардан бири саналади. Мазкур масалани мамлакатда рисоладагидек йўлга солмасдан туриб, аҳолини соғломлаштириш, уларнинг соғлиқларини сақлаш ва уни мустаҳкамлаш, соғлом авлодни дунёга келтириш ва баркамол авлодни шакллантириш мураккаб масала ва муаммо сифатида давом этаверади. Бугун мамлакатимизда катталар орасида соғлом турмуш тарзи маълум маънода шаклланиган, аммо унинг маънавий асосларини янада мустаҳкамлаш ҳам ўта муҳим ва долзарм масалалардан бири саналади. Негаки, қочонки, инсон бирор бир амалга ошираётган фаолиятининг ўзи ва атрофидагилар саломатлиги учун зарарли эканини билиб, кўриб, англаган ҳолда амалга оширса ва аксинча амалга ошириши зарур бўлган фаолиятининг ўзи ва атрофидагилар саломатлиги учун фойдали эканини анлаган ҳолда амалга оширмаса, демак мазкур шахсда ҳали соғлом турмуш тарзининг маънавий асослари тўлақонли шаклланимаган деб ҳисоблаш мумкин бўлади. Айтайлик кўпчилик тамаки чекадиган одамлар чекиш зарарли эканини билиб чекадилар ёки тўғри овқатланиш, спорт билан шуғлланиш фойдали эканини англаб уни бажармасликлари фикримизга яққол мисол бўла олади.

Адабиётлар:

1. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 30 октябрдаги ПФ-6099-сонли “Соғлом турмуш тарзини кенг тадбиқ этиш ва оммавий спортни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисидаги” Фармони.
2. Абдуллаев И.К., Муталова Ижтимоий меъёрлар ва инсон саломатлиги, Тошкент.-2008.-144б.
3. Абдуллаев И.К. Тарбия-соғлом ҳаёт тарзининг маънавий асоси, Урганч.-2020.- “Қувончбек-Машҳура” МЧЖ нашриёти.- 272 б.
4. Арзикулов Р.У. Турмуш тарзи ва инсон саломатлиги.-Тошкент.-2005.-228б.

ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ АҲАМИЯТИ

Наимова З.

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Калит сўзлар: Соғлом турмуш тарзи, оқилона овқатланиш, юрак-қон томир касалликлари, семизлик.

Долзарблиги. «Соғлом турмуш тарзи» Ўзбекистон Республикасининг Конституцияси, Инсон ҳуқуқлари умумжаҳон Декларацияси, «Бола ҳуқуқлари тўғрисида»ги Конвенция, Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.М.Мирзиёев нутқ ва маърузаларида баён қилинган соғлом турмуш тарзини шакллантиришга оид фикрлар, Ўзбекистон Республикасининг «Таълим тўғрисида»ги Қонуни, «Кадрлар тайёрлаш бўйича миллий дастур», «Жисмоний тарбия ва спорт тўғрисида» ги Қонун, Шарқ ҳамда Европа олимлари ва мутафаккирларининг соғлом турмуш тарзини шакллантиришга оид фикр ва қарашлари моҳиятида ўз ифодасини топган. Соғлом турмуш тарзи компонентларига амал қилиш юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларни олдини олишда асосий омиллардандир. Соғлом турмуш тарзи компонентларидан бири рационал - оқилона овқатланишдир. Овқатланиш – ижтимоий-иқтисодий омил бўлиб, аҳолининг туғилиш ва ўртача яшаш даврига, соғломлик ҳолатига, жисмоний ривожланишига, иш қобилиятига, касалланиш ва ўлим кўрсаткичларига таъсир этади. Рационал - оқилона овқатланиш қоидаларининг бузилиши атеросклероз, коронар юрак етишмовчилиги, гипертония, ошқозон ичак касалликлари, эндокрин тизими, ўсма касалликлари келиб чиқишига таъсир этади. Рационал овқатланиш организмнинг керакли миқдордаги эҳтиёжини қондириши билан бирга семириш, атеросклероз, қандли диабет, ошқозон-ичак, юрак қон-томир, эндокрин, асаб тизими касалликлари, ҳатто ўсма касалликлари олдини олади. Овқатланиш инсоннинг умр кўриш, саломатлик ҳолати алиментар омил-овқатланиш билан боғлиқ бўлиб Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти “Соғлом овқат - яхши соғлиқ” шиори остида сайёрамизда овқатланиш муаммоларини ҳал қилиш учун рационал овқатланишни тарғиб этиш мавзусида семинарлар машғулотлар ташкил этишади. Ўзбекистонда аҳоли орасида юқумли бўлмаган касалликларнинг олдини олиш, соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва жисмоний фаоллик даражасини ошириш мақсадида «Тўғри овқатланиш ва соғлом турмуш тарзи» умуммиллий ҳаракати йўлга қўйилган. Бу ҳақда 2023 йилги давлат дастури лойиҳасида айтиб ўтилган.

Тадқиқот мақсади. Соғлом турмуш тарзи компонентлари, рационал-оқилона овқатланиш қоидалари, асосий овқат моддалари - нутриентларнинг гигиеник нормалари бузилганда юрак қон-томир касалликлари келиб чиқиш ҳолатларини ўрганиш. Инсон учун хавфли бўлган юқумли касалликлар, жумладан коронавирус пайдо бўлиши ва тарқалиши шароитида тиббий йўсиндаги мажбурлов чорасини қўллаш қоидалари киритилди. Ҳар бир шахснинг турмуш тарзи кун сайин рўй бераётган воқеа-ҳодиса, ва турли ўзгаришларнинг таъсири остида шаклланмоқда. Ўзаро муносабатларнинг

ўзгараётгани инсонлар руҳиятига таъсир этмоқда. Натижада уларда ўз тақдири, оиласи, жамоаси учун зарур бўлган ақлий, ҳиссий ва эркин оид хатти-ҳаракатлар танлаш масъулиятини ошироқда. Улар натижасида юзага келадиган юқумли касалликлар, асаб касалликларининг олдини олишда соғлом турмуш тарзи компонентларига амал қилиш асосий профилактик омиллардандир.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказида даволанган 123 та беморларининг касаллик тарихи ва анкета саволлари асосида беморларнинг соғломлик ҳолати ва овқатланиш статуси ўрганилди. Беморларнинг ҳақиқий вазни эрталаб нонуштадан олдин тиббий тарози ёрдамида ўлчанди, идеал вазни Брок формуласи, Брок индекслари, номограмма ёрдамида ҳисобланди. Биомасс Кетле индекси ёрдамида овқатланиш статуси - ҳолати ўрганилди.

Тадқиқот натижалари ва мулоҳазалар. 123 та бемордан 68 та аёл, 55 та эркак. Ёш гуруҳи бўйича 18-29 ёш - 2%, 30-39 ёш - 8%, 40-59 ёш - 48%, 60 ёшдан юқори 42% ташкил этди. Биомасс Кетле индекси ёрдамида овқатланиш статуси-ҳолати: 18% беморда гипотрофия, шундан 9% - I даражали гипотрофия, 6% - II даражали гипотрофия, 3% - III даражали гипотрофия. Адекват овқатланиш - 8%, 18% - оқилона овқатланиш. Ортиқча овқатланиш натижасида семириш 56% беморда, шундан: I даражали семириш - 16%, II даражали семириш - 29%, III даражали семириш - 11%. Анкета саволларига жавоблар ўрганиб чиқилиб, таҳлил қилинди. Текширилган беморлар соғлом овқатланиш тарзига риоя қилмаганларини билдиришди ва охириги 6 ой давомида оқилона овқатланишга риоя қилганликларини билдиришди ва қуйидагича саволарга жавоб беришди: “Соғлом овқатланиш тарзи бўйича нималарга амал қилаяпсиз?” - 37% - “Анчадан бери тўғри овқатланиш тартибига ўтганман”, 28% - “Кўпроқ мева, сабзавот ейман”, 6% - “Шакар истеъмол қилишни тўхтатдим”, 8% - “Пиширик ва қандолат маҳсулотларидан тийилдим”, 6% - “Таомлар тузи пастроқ бўлишига ҳаракат қиляпман”, 11% - “Газли ичимликларни тўхтатдим”, 18% - “Қовурилган ва ёғли таомларни кўп истемол қиламан”. “Жисмоний фаолликка қандай амал қилаяпсиз?” - 36% - “Кўпроқ пиёда юришга ҳаракат қиляпман”, 21% - “Жисмоний машқлар билан шуғулланияпман”, 24% - “Жисмоний меҳнатни кўпайтирдим”, 11% - “Анчадан бери қизиқиб юрган нарсамни ўрганишга киришдим”, 8% - “Овқат еб, ухляпман”.

Хулоса. Текшириш натижаларидан шундай хулоса қилинди: соғлом турмуш тарзи компонентларига, рационал-оқилона овқатланишга амал қилмаслик юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларни, жумладан юрак-қон томир касалликларини келтириб чиқарувчи омиллардан биридир. Соғлом яшаш тарзи компонентларига амал қилиш, аҳолининг тиббий маданиятининг ошганлигини кўрсатади ва янада ошириш учун Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Соғлом турмуш тарзини кенг татбиқ этиш ва оммавий спортни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони асосида:

аҳоли ўртасида соғлом овқатланиш маданиятини кенг тарғиб қилиш, шу жумладан, тартибсиз ва кечки уйку олдидан овқатланиш одатларидан воз кечиш;

санитария-гигиена қоидаларига риоя этилишини оилалар, маҳаллалар, мактабгача таълим ва умумтаълим муассасалари даражасида соғлом турмуш тарзининг ажралмас қисми сифатида тарғиб қилиш;

мактабгача таълим, умумтаълим, ўрта махсус, профессионал ва олий таълим муассасаларида, корхона, ташкилот ва бошқа турдаги барча муассасаларда жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш учун замонавий моддий-техника базасини шакллантириш.

аҳоли турли гуруҳларининг соғлом овқатланишга бўлган эҳтиёжларини қондиришни таъминлайдиган шарт-шароитлар яратиш, таркибида туз, қанд ва ёғ микдори кўп бўлган ҳамда хамирли таом ва ширинликларни, нон маҳсулотларини истеъмол қилишни қисқартириш, зарарли одатлардан, хусусан, алкоголь ва тамаки маҳсулотларини истеъмол қилишдан воз кечиш йўли билан касалликка чалиниш, ортиқча вазн ҳолатлари (семизлик), юрак-қон томир тизими касалликларини ва бевақт вафот этишни камайтиришнинг асосий омиллари экалогини тарғиб этишни тақозо қилади.

Адабиётлар:

1. Ахмеджанова Н. И. и др. Оценка функционального состояния почек при ренальных осложнениях у детей в период пандемии COVID-19: наблюдательное когортное ретроспективное клиническое исследование //Кубанский научный медицинский вестник. – 2023. – Т. 30. – №. 3. – С. 25-33.

2.Andarmonovich K. A. et al. IFLOSLANGAN ATMOSFERA HAVOSINING O ‘SIMLIKLAR VA HAYVONLAR ORGANIZMIGA TA’SIRI //Journal of new century innovations. – 2023. – Т. 42. – №. 1. – С. 176-181.

3.Аминов З. З. и др. ВЛИЯНИЕ ВЫБРОСОВ АММОФОСНОГО ПРОИЗВОДСТВА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ //Academy. – 2019. – №. 10. – С. 57-60.

4.Baratova R. S. The Importance Of A Healthy Lifestyle In Maintaining The Health Of The Population //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 17. – С. 236-240.

5.Zhurakulovna R. D. ASSESSMENT OF THE ACTUAL NUTRITION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS TAKING INTO ACCOUNT REGIONAL PECULIARITIES //E Conference Zone. – 2022. – С. 41-44.Schoolchildren's Nutrition //Eurasian Medical Research Periodical. – 2023. – Т. 19. – С. 81-89.

6.Jurakulovna R. D. Analysis Of Distribution Of Vitamins, Macro And Micro Elements Deficiency Among Children And Adolescents In Samarkand Region, According To Clinical Symptoms //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 17. – С. 229-235.

7.Zhurakulovna R. D., Abdurakhmanovna U. N. Current State of the Problem of Rationalization of Schoolchildren's Nutrition //Eurasian Medical Research Periodical. – 2023. – Т. 19. – С. 81-89.

8.Zhurakulovna R. D. ASSESSMENT OF THE ACTUAL NUTRITION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS TAKING INTO ACCOUNT REGIONAL PECULIARITIES //E Conference Zone. – 2022. – С. 41-44.

9. Zhurakulovna R. D. NUTRITION OF CHILDREN AS A FACTOR DETERMINING THE HEALTH OF FUTURE GENERATIONS //Conferencea. – 2022. – С. 41-42

10. Маллаева М. Б. ЭКОЛОГИЯ ҲИСОБИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ МАСАЛАЛАРИ //SO 'NGI ILMIY TADQIQOTLAR NAZARIYASI. – 2023. – Т. 6. – №. 4. – С. 269-280.

11. Маллаева М. М. СОГЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ //O'ZBEKISTONDA FANLARARO.INNOVATSIYALAR VA ILMIY TADQIQOTLAR JURNALI. – 2023. – Т. 2. – №. 16. – С. 753-760.

12. MATLUBA E. Improvement Of Ecological Status Of Soil In Organic Agriculture //JournalNX. – Т. 6. – №. 08. – С. 66-69.

13. Naimova Z. S., Shayqulov H. S. KIMYO ZAVODIGA YAQIN HUDUDLARIDA YASHOVCHI BOLALAR VA O 'SMIRLARDAGI ANTROPOMETRIK KO 'RSATGICHLAR //GOLDEN BRAIN. – 2023. – Т. 1. – №. 5. – С. 59-64.

14. Наимова З. С. ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИИ СЕМЬИ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА //Journal of new century innovations. – 2023. – Т. 31. – №. 3. – С. 107-113.

15. Naimova Z. S. Xenobiotics as a Risk Factor for Kidney and Urinary Diseases in Children and Adolescents in Modern Conditions //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 17. – С. 215-219.

16. Наимова З. С. и др. Влияние Выбросов Химического Производства На Состояние Здоровья Детей И Подростков //AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI. – 2022. – С. 288-292.

17. Naimova Z. et al. Influence Of Ecotoxigants From A Chemical Plant On The Dynamics Of Child Morbidity //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2021. – С. 56-59.

18. Наимова З. С. ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИИ СЕМЬИ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА //Journal of new century innovations. – 2023. – Т. 31. – №. 3. – С. 107-113.

19. Raximova D. J., Naimova Z. S., Halimova S. A. 7 YOSHDAN 14 YOSHGACHA BO 'LGAN BOLALARDA OZIQLANISH MUAMMOLARI VA ULARNI OLDINI OLISHDA VITAMIN VA MINERALLARNING O 'RNI //Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences. – 2022. – Т. 2. – №. 4. – С. 380-385.

20. Sanayeva S. B. et al. ABOUT PESTS OF GOURDS IN THE SAMARKAND REGION //GOLDEN BRAIN. – 2023. – Т. 1. – №. 6. – С. 66-68.

21. O'zbekiston Respublikasining “aholining sanitariya-epidemiologik osoyishtaligi to'g'risidagi” qonuni (26.08.2015 y. n o'rq-393)

22. O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 1998 yil 29 maydagi «Jamiyatda sog'lom turmush madaniyatini yuksaltirish milliy dasturini amalga oshirish chora tadbirlari to'g'risida»gi 235-sonli qarori.

WIDE APPLICATION OF A HEALTHY LIFESTYLE

Tangirov A.L., Lolayeva Z.A.

Tashkent State Dental Institute

National University of Uzbekistan named after Mirzo Ulugbek

A healthy lifestyle is the process of active work, living in the midst of creativity, the formation of a well-rounded person who can easily bear strong physical and mental loads, extremely dangerous and harmful factors. The problem of a healthy lifestyle is the most important problem facing mankind - the problem of the development of a person in all aspects, the formation of a scientifically-based, socially-hygienic lifestyle that helps to increase social-hygienic activity in the field of work, life and recreation.

The outbreak of the COVID-19 coronavirus pandemic in the world has shown that the level of health, physical health, and healthy living of the population in Uzbekistan, as well as in the countries of the world, is weak.

The COVID-19 coronavirus infection has had a negative impact on the health of our citizens, primarily with cardiovascular and respiratory diseases, as well as obesity (overweight). As a result, today's pandemic has caused many of our citizens to die prematurely.

All of us seriously conclude from this that we should give up harmful habits, regularly engage in mass sports, follow the principles of proper nutrition, in particular, not to consume excessive amounts of doughy food and sweets, bread products, which contain a lot of salt, sugar and fat, in a word, today's era demands that we need to make a healthy lifestyle into our daily life.

Ensuring that every citizen develops a strong immune system against diseases by regularly engaging in physical education and public sports and forming life skills for a healthy lifestyle, abandoning harmful habits, following the principles of proper nutrition, restoration and rehabilitation work, and systematic mass physical activity activities and effective organization. It is necessary to create appropriate infrastructure and other necessary conditions in this regard.

According to the decree of the President of the Republic of Uzbekistan No. PF-6099 dated October 30, 2020 "On measures for the wide implementation of a healthy lifestyle and further development of mass sports", the following were defined as the main directions of the wide implementation of a healthy lifestyle in life and the further development of mass sports:

- creating conditions for physical education and mass sports in every family, neighborhood and district (city), in pre-school, general secondary, secondary special, professional and higher educational institutions and other organizations;
- regularly holding sports competitions between families, classes, labor teams and regions for the development of mass sports;
- to create conditions that ensure the satisfaction of the needs of different groups of the population for healthy nutrition, to reduce the consumption of doughy foods and sweets, bread products with a high content of salt, sugar and fat, to give up harmful habits, in particular, the consumption of alcohol and tobacco products reducing the incidence of disease, overweight (obesity) and premature death;

- widespread promotion of healthy eating culture among the population, including giving up irregular and late-night eating habits;
- promoting compliance with sanitary and hygienic rules as an integral part of a healthy lifestyle at the level of families, neighborhoods, pre-school education and general education institutions;
- formation of a modern material and technical base for physical training and sports in preschool, general education, secondary special, professional and higher educational institutions, enterprises, organizations and all other types of institutions;
- Walking, running, mini-football, cycling, badminton, streetball, "Workout" (neighborhood and street fitness) were identified as priority types of sports for the development of mass sports and promotion of a healthy lifestyle among the population in the republic.

In this program, great importance is focused on the health of the young generation, and it is required to create all conditions for raising a physically developed, healthy and spiritually mature person in the family, society and educational institutions. It is known that more than 50% of the factors affecting human health and life span depend on lifestyle, about 20% on ecology, 20% on genetic factors, and only 10% on medical factors. That is, in order for a person to be healthy, his lifestyle must be healthy, and in order to raise a healthy person to adulthood, it is necessary to form the concept of a healthy lifestyle. The growing young generation is the future of the nation, and it is the sacred duty of each of us to raise a healthy young generation. Our goal is to bring up physically healthy, spiritually mature, spiritually healthy people to the society.

References:

1. Decree of the President of the Republic of Uzbekistan No. PF-6099 dated October 30, 2020 "On measures for the wide implementation of a healthy lifestyle and further development of mass sports".
2. Abidova S. A. "Specific features of healthy lifestyle formation in the period of personality development" 2019.
3. Mannapova N. Sh. "Pedagogical foundations of healthy lifestyle formation" 2020.

SOG'LOM UZOQ UMR KO'RISH SIRLARI

Tangirov A.L., Karimova M.U., Lolayeva Z.A.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Mirzo Ulug'bek nomidagi O'zbekiston Milliy universiteti

Har bir inson yuz yoshga yetib, nevara va chevaralarining ulg'ayishini ko'rishni orzu qiladi. Ammo bu nafaqat yoshni, balki keksalikni baxtli, sog'lom, kuchga to'la kutib olish va keksalikka qadar ushbu faoliyat holatini saqlab qolish istagini anglatadi.

Keksalikda inson tanasi hayot sifatini yomonlashtiradigan tabiiy o'zgarishlarga duch keladi. Osteoporozning oldini olishga, hissiy funksiyalarni (eshitish, ko'rish), kognitiv buzilishlarni, mushaklarning massasini kamaytirishga va maishiy jarohatlarning oldini olishga alohida e'tibor qaratish lozim.

Ko'pgina patologiyalarning rivojlanish mexanizmlari yaxshi o'rganilgan. Ularni bilish, qarishning salbiy ta'sirini qanday kamaytirish yoki zararsizlantirishni tushunish oson.

Biz siz bilan sog'lom qarish va uzoq umr ko'rish sirlarini baham ko'ramiz.

1. To'g'ri ovqatlanish. Kuniga kamida 5 marta ovqatlaning. Ratsiondan achchiq, yog'li, sho'r ovqatlarni chiqarib tashlang. Shirinliklarni minimal darajada kamaytiring, kuniga kamida 500 g yangi meva va sabzavotlarni iste'mol qiling. Immunitet tizimini mustahkamlash uchun fermentlangan sut mahsulotlarini kunlik ovqatlanish tartibingizga qo'shing, kaltsiyga boy ovqatlar (sut mahsulotlari, ba'zi bargli sabzavotlar); osteoporozning oldini olish uchun magniy, fosfor va D vitamini; yurak-qon tomir va miya sog'lig'ini saqlash uchun to'yinmagan yog'larni o'z ichiga olgan ovqatlar, ayniqsa Omega-3. Qaynatilgan yoki bug'langan taomlarni ko'proq iste'mol qiling. Yotishdan oldin ovqatlanmang.

2. Jismoniy faollik. Kattalar uchun zarur bo'lgan minimal jismoniy faoliyat kuniga yarim soat shug'ullanish. Toza havoda sayr qilish va chang'i uchish, velosipedda yurish, suzish tananing ko'plab a'zolari va tizimlarining sog'lig'ini saqlashga yordam beradi. Jismoniy mashg'ulot bilan shug'ullanish muntazam bo'lishi muhim ahamiyatga ega. Jismoniy faollik yurak-qon tomir tizimining holatini yaxshilaydi, suyaklarni mustahkamlaydi va ularga qon va kislorod yetkazib berishni rag'batlantirish orqali miya hujayralarini sog'lom saqlaydi.

3. Miyani mashq qilish. Mantiqiy masalalarni yechish, krossvordlarni yechish, o'qish va qayta aytib berish, yangi narsalarni o'rganish tavsiya etiladi.

4. Rejimga rioya qilish. Bir vaqtning o'zida uyg'onish, mashqlar qilish, ovqatlanish va yotish kerak. Kuniga kamida 8 soat uxlang.

5. Ijtimoiy faoliyat. Qarindoshlar, do'stlar va tanishlar bilan muloqot qilish va aloqalarni saqlash, qiziqarli tadbirlar, ko'rgazmalar, teatrlarga tashrif buyurish sog'lom uzoq umr ko'rishning muhim tarkibiy qismidir. Yolg'izlik sizning farovonligingizga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

6. Optimistik dunyoqarash. Hayotga ijobiy munosabat umr ko'rish davomiyligini oshiradi va stress darajasini pasaytiradi, salomatlikni saqlashga yordam beradi.

7. Xobbi. Bog'dorchilik, kitob o'qish, qo'l san'atlari bilan shug'ullanish yoki yoqimli musiqa tinglash kabi sevimli ishingizga vaqt ajrating.

8. Yomon odatlardan voz kechish. Yurak, qon tomirlari va o'pkaning eng jiddiy kasalliklari chekish bilan bog'liq bo'lib, spirtli ichimliklar barcha tizimlar va organlarni yo'q qiladi.

9. Salomatlik holatini davriy nazorat qilish. Og'irlik va bel atrofini kuzatib boring. Bel atrofi erkaklar uchun 102 sm, ayollar uchun 88 sm dan oshmasligi kerak. Qon bosimi, xolesterin va qonda shakar darajasini kuzatib boring. Tibbiy ko'rikdan o'ting. Surunkali kasalliklaringiz bo'lsa, muntazam ravishda kerakli tekshiruv va davolanishdan o'ting. Ko'rish va eshitishingizni kuzatishga alohida e'tibor bering. Ushbu hislar bilan bog'liq muammolarni oldini olish uchun quyoshning ultrabinafsha nurlaridan va ortiqcha shovqin ta'sir qilishidan saqlaning. Mumkin bo'lgan sog'liq muammolarini erta tashxislash uchun har yili shifokoringizga tashrif buyurishga harakat qiling, uchrashuvda siz osteoporozning oldini olish, sezgi funksiyalarning

pasayishi va boshqa yoshga bog'liq muammolar bo'yicha tavsiyalar olish uchun mutaxassisga murojaat qilishingiz mumkin.

Sog'lom qarish nafaqat umr ko'rish davomiyligini, balki uning sifati - jismoniy, aqliy va hissiy salomatlikni ham o'z ichiga oladi. Sog'lom uzoq umr ko'rish haqiqiy va ko'p jihatdan insonning o'z harakatlariga bog'liq. Ha, bu oson ish emas va u doimiy va abadiydir. Ammo qarilik chog'igacha o'z hayotidan mamnun bo'lib, baxtli bo'lishga arziydi.

Insoniyat qadimdan uzoq umr ko'rish sirlarini topishga harakat qiladi. Amerikada istiqomat qilgan ispan tadqiqotchisi Ponse de-Mon odam organizmida “yoshlik favvorasi”, professor Mechnikov “qarilik zahri”, Siolkovskiy esa “his etuvchi va fikrlovchi atomlar” mavjud deb hisoblab, bu borada ko'plab ilmiy tadqiqotlar olib borgan. Biz bilan zamondosh gerontologlar (umrni uzaytirish bilan bog'liq fan mutaxassislari) bildirayotgan fikrlarga ko'ra, yaqin kelajakda insonlar 200 yil, hatto 300 yillab umr ko'rishi mumkin ekan. Ushbu fikrni tasdiqlovchi dalillar bor, albatta.

Monreallik genetik olimlar tomonidan qurtlarda “geniogenlar” (“qarilik genlari”) kashf qilindi. Olimlar tadqiqot davomida “qarilik genlari”ni olib tashlashgach, qurtlarning umri 5 barobarga uzaydi. Ayni paytda ularining faolligi oshish bilan birga, oziqlanishga ehtiyoji keskin kamaydi. Oradan ko'p o'tmay inson a'zolarida ham “qarilik genlari” borligi aniqlandi. Endilikda mutaxassislar mazkur masalaga jiddiy yondashsalar inson umri bir necha barobarga uzayishi mumkin.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ГИМНАСТОК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКОЙ

Билялова Н.Х., Пахрудинова Н.Ю.

Узбекский государственный университет физической культуры и спорта

Актуальность. Современная художественная гимнастика – это один из самых сложных видов спорта. Появились новые травмоопасные элементы, увеличилась плотность композиций по элементам, увеличились энергозатраты. Длительность композиций осталась 1,5 минуты, а количество двигательных единиц возросло многократно. Соревновательные композиции художественной гимнастики требуют от гимнасток таких движений, как сгибание и разгибание туловища, наклоны, круговые движения, скручивания, которые лежат в основе трудности тела. Элементы с прогибами и наклонами в художественной гимнастике оцениваются выше и поэтому чаще используются. Для достижения высоких результатов и освоения таких элементов используются специфические упражнения, которые не всегда благоприятны для здоровья и часто приводят к травмам позвоночника гимнастки.

У гимнасток, занимающихся художественной гимнастикой, морфофункциональные нарушения позвоночника являются достаточно распространенными, что обусловлено спецификой данного вида спорта. В связи с многократными повторениями упражнений, несущих высокую нагрузку на

позвоночный столб, художественной гимнастике наиболее характерны хронические травмы.

Каждый последующий этап подготовки ухудшает ситуацию и приводит к нарастанию нарушений позвоночного столба, появляются хронические проблемы, что усугубляется тем, что не ведется работа оздоровительного характера. Поэтому уже на этапе начальной подготовки, необходима работа профилактического характера для предотвращения морфофункциональных нарушений позвоночного столба у гимнасток. Исходя из вышеизложенного, данная проблема является актуальной.

Целью исследования: оценить морфофункциональные нарушения позвоночного столба гимнасток.

Методы исследования: анкетирование, соматоскопия (состояние осанки по ромбу Машкова, определение типа осанки).

Результаты исследований и их обсуждение. Проведенное анкетирование было направлено на оценку морфофункциональных нарушений позвоночного столба, а также наличия профилактических мер для предотвращения данных нарушений.

Результаты анкетирования показали, что у 36% гимнасток имеются травмы позвоночного столба, среди которых сколиоз различной степени, протрузия, воспаление, компрессионный перелом позвоночника, нестабильность поясничных и шейных позвонков. 92% спортсменок имеют травмы хронического характера, что связано со спецификой художественной гимнастики, упражнениями с многократными повторениями, которые несут высокую нагрузку на позвоночный столб. Боль во время тренировочного процесса испытывают большинство гимнасток, а именно 80% гимнасток. Болевые ощущения именно в поясничном отделе испытывают 92% гимнасток, это связано с тем, что основная нагрузка ложится именно на этот отдел. При выполнении упражнений с наклоном назад чаще всего испытывают боль 83% опрошенных. Боль при длительном выполнении акробатических элементов испытывают 92% респондентов, что может быть связано с тем, что в акробатических элементах нагрузка идет в основном на позвоночный столб.

На вопрос «Используют ли во время тренировочного процесса метод сопряженного выполнения упражнений на подвижность позвоночного столба и силовых упражнений», 67% респондентов ответили, что не используют, что является проблемой, так как именно эти упражнения способствуют работе мышц в приближенных условиях к специфике художественной гимнастики.

Морфофункциональное состояние позвоночного столба гимнасток было оценено с помощью метода соматоскопии. Соматоскопия включала в себя два исследования: определение состояния осанки по результатам измерения ромба Машкова, определение типа осанки.

Результаты определения состояния осанки по результатам измерения ромба Машкова показали, что 73% гимнасток имеют нарушения осанки (сколиоз). Это говорит о том, что большая часть гимнасток имеют нарушения осанки. Эти нарушения могут быть связаны выполнением упражнений различных по

дозировке на ведущую и не ведущую ногу, что влечет за собой нарушение в позвоночном столбе.

По результатам второго исследования, определение типов осанки, было выявлено, что у 37% испытуемых преобладающим типом осанки является плоско-вогнутая спина. Это разновидность осанки, при которой имеется избыточный лордоз поясничного отдела, который мог сформироваться в результате многократного сгибания в поясничном отделе, что присуще специфике художественной гимнастики.

Выводы. Анализ результатов проведенных исследований показал, что большинство гимнасток во время тренировочного процесса испытывают боль в спине, в основном это боль в поясничном отделе (92%). Чаще всего эта боль появляется во время длительного выполнения упражнений с наклонами назад, а также выполнения таких элементов, как перевороты вперед (назад), повороты в панше (кольцо), заднее равновесие, равновесие в панше (кольцо), вставание с подъемов, прыжки прогнувшись.

При помощи метода соматоскопии выявлено, что только у 30% гимнасток встречается правильная осанка. У большинства гимнасток выявлен сколиоз, различной степени тяжести и более распространен тип осанки – плоско-вогнутая спина. Избыточный лордоз в поясничном отделе позвоночника связан со спецификой художественной гимнастики, а именно с многократным повторением упражнений с наклонами назад в пояснице.

Таким образом, уже на начальном этапе подготовки необходима профилактическая работа, которая направлена на предотвращение укрепления мышц спины и подготовку к дальнейшей работе, а также на сбалансированное выполнение всех упражнений на правую и левую ногу.

Вопросы медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

АСТЕНИЯ КАК КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Кахрамонова И.И.

Международный университет Кимё

Аннотация. В данной обзорной статье были рассмотрены симптомы и проявление астении у людей разных возрастных групп. Подчеркиваются особые виды лечения, причин и последствие данного заболевания.

Ключевые слова: астения, астенический синдром, симптомы, проявление, методы лечения.

Астения, является психопатологическим состоянием человека, характеризующееся слабостью, быстрой утомляемостью и истощаемостью энергии, плохой переносимостью различных видов нагрузок (физических, умственных и психических). Данное состояния встречаются в любом возрасте у абсолютно разных категорий населения. Около 60-70% всех жалоб, которые предъявляют пациенты на приёме у врача - это проявления астении. Данная патология в области медицины является наиболее актуальным. Как нам сообщает источник [1], абсолютно любой человек постоянно подвергается воздействию внешних неблагоприятных факторов, повышенной умственной и информационной нагрузке, воздействию технического прогресса, при этом у человека снижается физическая нагрузка, высокого ритма жизни, несбалансированного питания и не поступления нужных витаминов и минералов в организм. При длительном и постоянном стрессе появляются нарушения и необратимые патологические изменения со стороны нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой и других наиболее важных систем человека.

Существует различные виды астении и симптомы проявление. В настоящем времени, представление об астении включает в себя жалобы пациентов сильную слабость, утомляемость и снижение работоспособности, которые протекают со следующими симптомами:[2]

- аффективными расстройствами – это напряжение, тревожность, депрессия или снижение настроения, чаще всего раздражительность);
- когнитивными расстройствами - нарушается внимания и концентрация, рассеянность, ухудшение памяти и др);
- периферическими нарушениями – в основном головокружение, учащение пульса “тахикардия”, чрезмерной потливостью, гипергидроз, гипервентиляция)
- болевыми симптомами – сдавливающие головные боли, кардиалгии, абдоминалгии, боли в спине, и реже по всему телу);
- нарушения обмена веществ и эндокринными расстройствами (диссомния, снижение либидо, изменение аппетита (повышение или понижение), снижение массы тела, дисменорея);

- гиперестезией (повышенной чувствительностью к звуку, свету и другим раздражителям).

Современная медицина опирается на все более широкое использование лекарственных средств. При этом существует не только позитивная тенденция улучшения лечебной помощи больным, но и угроза расширения негативного, то есть побочного воздействия лекарств на органы и регуляторные системы человеческого организма. Как нам сообщает источник [3], при возникновении астенического синдрома, поражаются и другие жизненно-важные системы человека. То есть, наблюдается изменение активности ретикулярной формации ствола мозга, обеспечивающей функции внимания, восприятия, бодрствования и сна, общей и мышечной активности. Рассматриваются изменение функционирования гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси, являющейся основной нейрогормональной системой, в том числе гормональной и иммунной реакции организма. По исследованиям [4], около 70 мужчин в возрасте от 25 до 30, были смоделированы ситуации острого стресса. У них был проведен анализ крови, слюны. Была определена частота сердечных сокращений, рассмотрены психометрические состояние за 45 мин до и через 80 мин после начала стрессовой ситуации. По результатам исследования, было выявлено усиление внутримозгового кровотока в области передней и средней коры, в том числе в островковой доле с двух сторон. Показатели внутримозгового кровотока были связаны с состоянием тревожности и изменениями сердечного ритма. Данные изменения отражали адаптационную реакцию тканей мозга на изменения потребности в энергии в стрессовых условиях, как нам сообщает автор. В то же время, в ряде исследований наличие хронического стресса, часто было ассоциировано с множественными анатомическими аномалиями головного мозга, включая уменьшение размера передней части поясной извилины, что, вероятно, способствовало нарушению регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси.

В основе лечение астенического синдрома, нужно обратить внимание на активное внедрение различных современных методов профилактики и развития нарушений функций в организме человека. К немедикаментозным методам профилактики данной патологии относятся: общая дисциплина поддержания здорового образа жизни, которые присущи соблюдению всех правил психопрофилактических систем. Главные основы первичной профилактики включают в себя правильное питание, то есть диеты, обогащенную природными антиоксидантами, частые тренировки по тренировке памяти, внимание и обоснованные физические упражнения. В ситуациях, требующих более важного вмешательства, требуется немедленная психиатрическая помощь данному пациенту [5].

Астения проявляется у любого человека, не зависимо от возрастного показателя. Рассмотрим на примере пациентов в старческом, и в младенческом возрасте. У детей проявление астении является изменения в поведении, реагировании и в эмоциональном контроле. Ребенок становится более раздражительным и тревожным. Для детей типичны, нарушения немаловажного

цикла в нашем организме «сон - бодрствование». В данной ситуации, проявляется патологическая сонливость на протяжении всего дня, нарушением хронологии и продолжительности фаз ночного сна, который становится неглубоким, прерывистым, так же наблюдается бессонница, множественные сны, и сновидения тревожного характера. В целом, отдых и сон не приносят ощущения бодрости и восстановления сил [6]. Данный симптом часто путают с простой усталости. Это уже связано с патологическим состоянием с ощущением усталости, возникающей как после рутинной нагрузки, так и без нее и не проходящей даже после полноценного отдыха и сна. Причина в том, что усталость возникает в результате истощения энергетических запасов, тогда как астения является следствием нарушения регуляции использования энергетических ресурсов [7]. В том числе, многие пациенты пожилого и старческого возраста имеют проявления цереброваскулярных и когнитивных нарушений, что может привести к снижению аппетита, иными словами потребления пищи и, как следствие, потери веса, утрате мышечной массы и силы с повышением риска неблагоприятных событий, таких как ухудшение качества жизни, инвалидизация и смерть, обеспечивая развитие одного из звеньев патогенеза саркопении. В исследовании [8], была обнаружена связь между депрессивными симптомами и началом саркопении. Пациенты при депрессии часто теряют вес и активность, что приводит к уменьшению мышечного тонуса, массы и толерантности к физическим нагрузкам [9]. Патогенез старческой астении состоит из несколько важных элементов: синдрома недостаточности питания (мальнутриции), синдром прогрессирующей потери массы и силы, массы и тонуса скелетных мышц (саркопении), снижения метаболического процесса и физической активности у пациента [10].

Наличие данных факторов в значительной степени, ускоряет развитие других патологии, что повышает уязвимость пожилых людей и риск возникновения неблагоприятных исходов.

Заключение.

В современном мире актуальность данной патологии, и интерес специалистов к изучению проблемы развития синдрома астении. Астения определяется как многофакторный медицинский синдром, характеризующийся снижением физиологической активности всего организма, что приводит к повышению риска потери автономности и наступлению медленной смерти. Распространенность астении зависит от следующих показателей, таких как: пол, возраст, условий проживания, а также используемых критериев диагностики. Несмотря на растущую актуальность данной патологии, этот вопрос остается до конца не изученным и требует дальнейших исследований.

Литература:

1. Жиеналиева Л.А. (2011). Проблема астении у детей. Наука о жизни и здоровье, (Спецвыпуск), 20-20.
2. Шакирова, И. Н., & Дюкова, Г. М. (2012). Астения - междисциплинарная проблема. Трудный пациент, 10 (5), 14-16.

3. Я. Б. Юдельсон, М. А. Макарова, & А. О. Кугелева (2003). Лечение функциональной астении. Вестник Смоленской государственной медицинской академии, (4), 65-67.
4. Васенина Е.Е., & Ганькина О.А. (2023). Хронический стресс и астения. Лечебное дело, (1), 29-38.
5. Мелихова С.П., Шевцова В.И., & Вольф Е.А. (2019). КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ. Смоленский медицинский альманах, (1), 192-193.
6. Шалькевич Л.В., & Малаш А.В. (2016). Астения в педиатрической практике: взгляд невролога. Медицинские новости, (9 (264)), 5-9.
7. Бурчинский С.Г. // Здоров'я УкраУни. - 2006. - №3 (136). - С.2-3.
8. Нуруллина Г.И., Халфина Т.Н., Абдракипов Р.З., Сухорукова Е.В., Заманова Э.С., Садыкова Д.Р., & Халимов А.И. (2021). КОНЦЕПЦИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В РАМКАХ СОВРЕМЕННОЙ ГЕРИАТРИИ. Практическая медицина, 19 (4), 56-62.
9. Woods N.F., La Croix A.Z., Gray S.L. et al. Women's Health Initiative. Frailty: Emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study // J Am Geriatr Soc. — 2005. — Vol. 53 (8). — P. 1321-1330.
10. Yao X. Inflammation and immune system alteration sin frailty // Clin. Geriatr. Med. — 2011. — № 27 (1). — P. 79-87.

DIAGNOSIS OF INTERNAL MYCOSES IN PATIENTS WITH HIV INFECTION AND TUBERCULOSIS UNDER HOSPITALIZATION CONDITIONS

**Mukhamedov K.S., Jurabaeva M.Kh.,
Ongarbayev D.O., Galeti Faheem Akram**
*Tashkent Medical Academy
Tashkent State Dental Institute*

Relevance: The relevance of research in this area is due to the fact that patients with pulmonary tuberculosis and HIV infection have weakened immunity, making them more susceptible to various infectious complications, including internal mycoses. Internal mycoses caused by fungi can lead to serious complications and even fatal outcomes in such patients. Therefore, studying this issue is of great importance for developing effective strategies for the prevention, diagnosis, and treatment of internal mycoses in this category of patients.

Aim of the Research: The aim of the study is to investigate the features of the clinical course of mycoses in patients with HIV/TB coinfection. It also includes assessing the frequency of occurrence of internal mycoses in patients with HIV/TB coinfection, analyzing the features of clinical manifestations of these infections in the context of their interaction, determining the risk factors for the development of internal mycoses in this category of patients, and evaluating the effectiveness of various

methods of diagnosis and treatment of internal mycoses in the presence of HIV/TB coinfection.

The data obtained will help improve preventive strategies, optimize diagnosis and treatment selection, ultimately leading to improved treatment outcomes and reduced complications in patients with this dual infection.

Materials and Methods: We examined 135 patients with HIV/TB aged 20 to 70 years. There were 72 (80.9%) men and 17 (19.1%) women. Of the 135 patients, 89 (65.9%) were found to have mycoses. Among them, 42 (47.2%) were newly diagnosed patients, and 47 (52.8%) were previously treated.

In our study, we examined 135 patients with HIV/TB, aged 20 to 70 years. Among them, 72 (80.9%) were men and 17 (19.1%) were women. It is noteworthy that mycoses were detected in 89 out of 135 patients (65.9%). Among them, 42 (47.2%) were newly diagnosed with pulmonary tuberculosis, while 47 patients (52.8%) had previously received treatment for tuberculosis. The data obtained allow for a more detailed study of the development features of internal mycoses in patients with HIV/TB coinfection and to determine effective strategies for the diagnosis and treatment of this condition.

Results and Discussion:

The following clinical forms of tuberculosis (TB) were identified: infiltrative - in 31 (34.8%), disseminated - in 15 (16.8%), focal - in 13 (14.6%), fibrous-cavernous - in 10 (11.2%), broncho adenitis - in 8 (9.0%), exudative pleurisy - 4 (4.5%), miliary tuberculosis - 3 (3.3%), cavernous tuberculosis - in 2 (2.2%) patients, and caseous pneumonia, tuberculomas, meningoencephalitis in one (1.1%) case each. All these clinical forms of tuberculosis in patients with HIV/TB require a comprehensive approach to diagnosis and treatment. Timely detection and effective treatment are important for clinical manifestations of the disease.

The isolation of tuberculosis mycobacteria in sputum is an important indicator of the activity of the infectious process and contributes to the diagnosis and monitoring of treatment effectiveness. This emphasizes the need for bacteriological examination of sputum for accurate tuberculosis diagnosis and antibiotic susceptibility testing.

Data on lung tissue decay in 58 (65.2%) tuberculosis patients and the isolation of tuberculosis mycobacteria in sputum in 67 (75.3%) patients indicate the severity and activity of the disease process. Lung tissue decay is one of the typical signs of advanced tuberculosis, which can lead to the formation of cavities in the lungs and intensify the clinical manifestations of the disease.

Considering these data, it is important to emphasize the significance of early diagnosis and comprehensive treatment of tuberculosis, especially in patients at high risk of complications, to prevent disease progression and reduce the risk of infection spread.

Of the 89 patients, various types of fungi were found in 80 (89.9%), indicating a high prevalence of fungal infections among those studied. The most common type of fungus was *Candida albicans*, found in 56 patients (70.0%). This fungus is well known for its pathogenic ability and ability to cause various infections.

Candida crusei (7 patients, 8.7%), *Candida tropicalis* (11 patients, 13.8%), and *Candida parapsilosis* (6 patients, 7.5%) were also found. These types of fungi can also cause various fungal infections and require specialized treatment.

Although *Candida* was the most common type of fungus among patients, *Aspergillus* spp. was also found in 7 cases (7.9%) and *Cryptococcus neoformans* in 2 cases (2.4%). These types of fungi are also potentially dangerous and can cause serious infections.

Detecting various types of fungi in the majority of patients underscores the importance of accurate diagnosis and proper selection of antifungal therapy for effective control of fungal infections and prevention of complications.

Antifungal therapy was conducted based on the results of antibiotic susceptibility testing and determination of fungal susceptibility to antifungal drugs. This allowed for the selection of the most effective treatment for each patient, taking into account their individual characteristics and possible complications.

For most immunocompetent patients, the average duration of treatment was from 10 to 14 days. The duration of therapy was determined based on the type of fungal infection, its severity, prevalence, and response to treatment. Proper adherence to the duration of therapy plays an important role in successful treatment and prevention of recurrence of fungal infections.

If continuation of treatment or adjustment of the antifungal drug regimen was necessary, additional assessment of the patient's condition and results of laboratory tests were conducted. An individual approach to the duration and regimen of treatment allows achieving the best results in combating fungal infections and minimizing the risk of complications.

Conclusions:

The outcome of fungal infections against the background of antituberculosis therapy depends on the timely initiation of antifungal treatment. Patients who received adequate and effective antifungal treatment immediately after the diagnosis of fungal infection had more favorable outcomes and faster recovery.

Delay in starting antifungal therapy against the background of antituberculosis drugs can lead to worsening of the patient's condition, spread of infection, and development of complications. Therefore, it is important to regularly monitor patients for the development of fungal infections during simultaneous use of antituberculosis therapy.

Thus, early detection of fungal infections in patients receiving antituberculosis drugs and timely initiation of adequate antifungal treatment are key points for successful treatment and prevention of complications. This emphasizes the need for a comprehensive approach to the treatment of patients with tuberculosis and fungal infections, taking into account the characteristics of each case.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ССЗ

Султонова С., Нигматуллаева Д.Ж.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Проблема внезапной смерти пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), актуальна в мире более ста лет. Как указывают результаты исследований ВОЗ, Республика Узбекистан, как и другие страны мира относится к странам с высоким риском развития ССЗ. Почти повсеместно клиницисты находятся в постоянном поиске оптимизации мер по повышению эффективности оказания первой помощи при возникновении угрозы ССЗ на догоспитальном этапе (ДГЭ). По данным ВОЗ, что 52% случаев смерти на ДГЭ от первого сердечного приступа среди людей в возрасте от 45 до 75 лет происходят внезапно, наиболее часто она наступает в первые часы после возникновения проявлений ОКС. В 60% случаев внезапных смертей происходят в доме до прибытия врача амбулаторной сети, и 25% этих смертей связаны с мгновенной внезапной остановкой сердца, произошедший на ДГЭ мгновенно.

А также, большая часть населения страны не может грамотно оказать первую помощь при неотложных состояниях, что объясняет высокую смертность от ССЗ. Это происходит из-за недостаточного внимания людей к оказанию первой помощи и халатном отношении к ней, а ведь огромное количество смертей можно было избежать при грамотном изучении аспектов первой помощи.

Цель исследования. Изучить материалы исследование пациентов по виду оказанной первой помощи.

Материал и методы. Так по статистике лишь из 7000 пациентов с неотложными состояниями, ежегодно поступающих в отделение скорой помощи только единицы своевременно, правильно и в полном объеме получали помощь, а около 3% своевременно обратились за медицинской помощью.

В первые три часа с момента развития инфаркта миокарда 10-15% больных поступают, в первые шесть часов 20-25%, а остальные 75-80% поступают с задержкой до 12-48 часов, когда уже проведение тромболитической терапии и коронарных вмешательств противопоказано или малоэффективно.

Человеку в любой момент может стать плохо, и в таком случае необходимо знать, как оказывается первая помощь при заболевании сердца. Действовать в таких случаях нужно грамотно, быстро и аккуратно помня о том, что любая ошибка или халатность может стоить человеку жизни. В первую очередь при оказание первой помощи при заболевании сердца – необходимо вызвать скорую. Далее нужно обеспечить больному полный покой. Нужно освободить шею и грудь от стесняющих элементов одежды. Как правило, такие пациенты носят с собой таблетки,сосудорасширяющие препараты, нитроглицерин. Если человек без сознания, и сердцебиение не определяется, то первая помощь заключается в сердечно-легочной реанимации.

Вывод. Одним из основных путей снижения уровня внебольничной летальности и значительного повышения эффективности медицинской помощи

населению является решение проблемы своевременного и качественного оказания первой помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях.

РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НАВЫКАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Чифтчи З.А.

Республиканский центр повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников

Ключевые слова: симуляционные технологии, обучение среднего медицинского персонала, чрезвычайная ситуация, ДТП.

Актуальность. История использования симуляционных технологий обучения среднего медицинского персонала начинается с XX-го века, на сегодняшний день технологии симуляции стала активно изучаться и внедряться как инновационное направление в практическое обучение.

Цель работы – определение практической значимости фантомно-симуляционного обучения среднего медицинского персонала при неотложных состояниях.

Материалы и методы. В 2015 году Республиканском центре повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников и в 2016-2018 годы в ее филиалах созданы центры современных образовательных технологий, в котором проводятся занятия для среднего медицинского персонала, используя фантомно-симуляционное оборудование. Внедрение в практику методы симуляционного обучения существенно повышают реалистичность учебного процесса и позволяют закрепить полученные теоретические знания. Современный симулятор «Больной» разработан очень реалистично, имеет кожный покров ближе к человеческому, может издавать звуки и даже отвечать на вопросы, моргать и активно проявлять клинические симптомы как: рефлекс зрачков на свет, не равномерное дыхание, кашель, бледность кожных покровов, кровотечение разных типов.

Подготовка слушателей проводится в три этапа. Первым этапом является теоретическая подготовка, которая завершается контролем полученных знаний. На втором этапе слушатели отрабатывают практические навыки и методики первичной и расширенной сердечно-легочной реанимации. В завершение, все слушатели участвуют в клинических сценариях. Таким образом, отрабатываются компетенции, умения и навыки не только индивидуально, но и в совместных действиях в ходе командной работы.

Результаты и обсуждение. Слушатели с большим интересом отрабатывают навыки на манекенах и уверенно выполняют элементы сердечно-легочной реанимации. По данным анкетирования все слушатели считают необходимыми симуляционные курсы и участие в клинических сценариях с использованием манекенов и симуляторов. Проведенный анкетный опрос слушателей показал, что все респонденты отдали предпочтение симуляционному обучению. Зачет по

практическим навыкам, проводимый по завершении обучения с применением симуляционных технологий в 2022-2023 учебном году показал повышение эффективности обучения в сравнении с предыдущими годами более чем на 60%.

Выводы: Обучение симуляционным методом позволяет имитировать патологические состояния и реанимационные ситуации в режиме реального времени и отработать алгоритм действия. А также внедрение методов симуляционного обучения в практику, существенно повышают реалистичность учебного процесса и позволяют закрепить полученные теоретические знания среднего медицинского персонала.

Литература:

1. Ахуба Л.Г., Тигай Ж.Г., Шек Д.Л. Использование модульной схемы имитационного обучения как систематического симуляционного сценария в освоении сестринских навыков // European journal of biomedical and life sciences, 2017, (1), С.56-58.

2. Мутигуллина, А.А. Комплекс имитационных методов обучения при формировании практической компетентности у будущих медицинских сестер // Теория и практика общественного развития, 2014, (1), С.247-250.

ОБУЧЕНИЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НАВЫКАМ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ ПРИ КРУПНОМАСШТАБНЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Чифтчи З.А.

*Республиканский центр повышения квалификации и специализации средних
медицинских и фармацевтических работников*

Ключевые слова: обучение, медицинская сортировка, чрезвычайная ситуация, ЧС, маркировка пострадавших.

Актуальность. Медицинская сортировка является одним из основных принципов медицины катастроф, основанном на необходимости оказания медицинской помощи в максимально короткие сроки возможно большему количеству пострадавших, имеющих шанс выжить. Поэтому обучение среднего медицинского персонала навыкам медицинской сортировки при крупномасштабных чрезвычайных ситуациях для обеспечения поражённым своевременное оказание медицинской помощи является актуальным.

Цель работы - изучение и внедрение «метода маркировки» в практику среднего медицинского персонала для быстрого и точного проведения сортировки на основе экстренного установление диагноза поражения и прогноза для жизни пострадавшего.

Материалы и методы. Результаты медицинской сортировки фиксируются с помощью сортировочных марок, а также записи в первичной медицинской карточке пораженного, истории болезни. Сортировочные марки в виде цветных лент или бумажных полосок прикрепляют к одежде пораженного на видном месте булавками или специальными зажимами. При отсутствии сортировочных марок применяют визуальное выделение пострадавших путем их обозначения

цветом. Надпись следует нанести на хорошо заметном месте тела пострадавших, чаще всего это лоб. Обозначения на марках служат основанием для направления, пораженного в то или иное функциональное подразделение и определения очередности его доставки.

Можно использовать буквы в зависимости от степени тяжести пострадавшего: - Ч (черный); - К (красный); - Ж (желтый); - З (зеленый).

Черная: смерть, необратимые травмы. Черную метку можно применять только в том случае, если Вы на 100% уверены и проверили признаки смерти. Если сомневаетесь, то лучше применить красную метку. **Красная:** угрожающие жизни повреждения, необходимо экстренное вмешательство для спасения жизни пострадавших. По прибытию в стационар: отделение неотложной помощи. **Желтая:** требуется срочная медицинская помощь. Необходимо тщательное медицинское наблюдение. В течение нескольких часов возможно ухудшение состояния. По прибытию в стационар: профильное или реанимационное отделение. **Зеленая:** на момент осмотра состояние стабильное, требуется незначительная медицинская помощь или медицинское наблюдение в течение определенного периода времени.

Выводы. Правильно организованная сортировка способствует рациональному использованию сил и средств медицинской службы по своевременному и полному оказанию пострадавшим всех видов медицинской помощи, их лечения и эвакуации. Обучение среднего медицинского персонала навыкам медицинской сортировки при ЧС очень важны для успешной борьбы с их последствиями.

Литература:

1. Агапов К.В., Павлов Н.Б., Шутов А.А. Медицинская помощь - важнейший элемент в ликвидации последствий чрезвычайной ситуации в мирное время // Медицина экстремальных ситуаций. 2015. №3 (53), С.8-12.
2. Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные вопросы). М., 2002.
3. Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Кошимбеков М.К. Анализ международного опыта организации медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях // Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2017. №1, С.538-542.

Иммунитет и иммунологические основы здорового образа жизни

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ НОСИТЕЛЬСТВА STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE СРЕДИ РАБОТНИКОВ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ПРОМЫШЛЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ

Бушуева Т.В., Рослая Н.А., Штин Т.Н., Карпова Е.П.

*ФБУН «Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики и
охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России*

Промышленные аэрозоли влияют не только на иммунный статус рабочих, но и на микроорганизмы, колонизирующие слизистые оболочки дыхательных путей, способствуя изменению патогенных свойств и повышению устойчивости к антибиотикам. Доступность эссенциальных микроэлементов способствует колонизации слизистых оболочек условно-патогенными микроорганизмами и повышает респираторную заболеваемость у рабочих [1]. По данным многочисленных исследований, металлы оказывают существенное влияние на иммунный статус человека [2]. Иммунологические сдвиги могут снижать сопротивляемость к респираторным инфекциям, что определяет практическую значимость исследования иммунного статуса при планировании вакцинации против *Streptococcus pneumoniae* отдельных профессиональных групп.

Материалы и методы. Обследовано 28 плавильщиков анодного участка медеплавильного производства, подвергающихся воздействию аэрозоля, содержащего свинец, медь, никель, кадмий, мышьяк, цинк. Сформировано 3 группы: работники, у которых в орофарингеальных мазках выявлен *Streptococcus pneumoniae*, работники без *Streptococcus pneumoniae* и контрольная группа (работники вспомогательных профессий, без контакта с промышленным аэрозолем) Средний возраст и стаж работы составил $44,5 \pm 1,1$ г. и $19,8 \pm 6,5$ л. Выявление ДНК *Streptococcus pneumoniae* проводили методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени на амплификаторе Rotor-Gene Q (QIAGEN, Германия) с использованием тест-системы ООО Литех, Россия. Уровень бактериальной нагрузки оценивали по пороговому циклу (Ct), в котором кривая амплификации пересекает пороговое значение. Чем ниже в Ct, тем больше количество ДНК в пробе.

Металлы определяли в индуцированной мокроте методом масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой [3].

Цитологическое исследование мокроты проводили с окраской мазков по Лейшману, микроскопировали при увеличении $\times 100$. Оценку степени воспаления проводили по методу Капрала. Для оценки иммунного статуса определяли показатели клеточного звена иммунитета методом проточной

цитометрии, иммуноглобулины А, М, G, методом иммуноферментного анализа бактерицидную активность нейтрофилов в реакции восстановления нитросинего тетразолия, активность фагоцитоза с применением стандартизированных частиц латекса, индекс фагоцитоза (количество частиц на одну фагоцитирующую клетку). Статистическая обработка результатов проведена с применением программного пакета STATISTICA версия 10.0. Использованы методы описательной статистики, сравнение между группами проводили с применением критерия Манна-Уитни, рассчитывали отношение шансов. Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$. Для оценки выраженности отдельных респираторных жалоб и показателей качества жизни, связанных с ними проведено анкетирование с применением опросника Sinonasal Outcome Test-22.

Цель исследования. Изучение факторов, способствующих формированию носительства *Streptococcus pneumoniae* среди работников медеплавильного предприятия

Результаты исследования. В ходе проведения клинического осмотра и анкетирования работников установлено, что 50% обследованных плавильщиков с выявленным *Streptococcus pneumoniae* отметили наличие респираторных симптомов (заложенность носа, насморк, кашель). Работники без пневмококка отмечали в анкете эти же симптомы несколько реже (41%, $p > 0,05$), выраженность отдельных симптомов, отражающих качество жизни, достоверно выше в группе с пневмококком (снижение работоспособности $0,38 \pm 0,2$ против $0,24 \pm 0,56$ – без пневмококка, $p < 0,05$, концентрация внимания $0,13 \pm 0,1$ против $0,06 \pm 0,03$ – без пневмококка, $p < 0,05$). Изменения слизистой оболочки зева (гиперемия, отечность, мелкофолликулярные высыпания) выявлены у 88% работников с пневмококком и у 24% без *Streptococcus pneumoniae*.

Изменения рентгенологической картины в виде усиления бронхо-сосудистого рисунка и намечающейся сетчатой деформации выявлялись чаще у работников с пневмококком 92% против 6% без пневмококка, $p < 0,001$. Расчетный показатель воспаления, выраженный в баллах, не отличался в группах ($2,89 \pm 0,6$ в первой группе и $2,79 \pm 0,63$ во второй, $p > 0,05$).

Анализ результатов иммунного статуса выявил значимые отличия между количеством лейкоцитов у работников с пневмококком ($6,45 \pm 0,32 \times 10^9/\text{л}$) при сравнении с работниками без пневмококка ($7,11 \pm 0,06 \times 10^9/\text{л}$). Количество CD4 лимфоцитов (Т-хелперов) при выявленном носительстве *Streptococcus pneumoniae* выше по сравнению с контролем и группой без пневмококка ($953,85 \pm 69,6$ кл.в мкл. против $881,83 \pm 36,5$ кл.в мкл. и $882,25 \pm 42,4$ кл.в мкл. по группам соответственно, $p \leq 0,05$). У носителей пневмококка по сравнению с работниками без *Streptococcus pneumoniae* повышена бактерицидность нейтрофилов по показателю НСТ-тест ($7,62 \pm 3,2\%$ против $3,46 \pm 0,4\%$, $p < 0,05$).

Анализ влияния иммунологических показателей на бактериальную нагрузку пневмококком позволил выявить два параметра (CD19 и бактерицидная активность нейтрофилов), которые возможно описать уравнением парной линейной регрессии. Для CD19: $y = -295,59 + 28,1903 \times X$, где y – искомый уровень бактериальной нагрузки, X – количество, коэффициент корреляции (r) 0,58,

коэффициент детерминации (r^2) 0,34, при $p = 0,003$. Для НСТ-теста: $y = -65,219 + 3,7633 \times X$, где y – искомый уровень бактериальной нагрузки, X – показатель НСТ, коэффициент корреляции 0,63, коэффициент детерминации 0,41, при $p = 0,019$. Было также выявлено, что в группе работников с положительным *Streptococcus pneumoniae* марганец, мышьяк, молибден, ванадий, контаминирующие индуцированную мокроту, влияют преимущественно на гуморальное звено иммунитета и фагоцитоз и описываются следующими уравнениями парной линейной регрессии: для марганца и уровня иммуноглобулина М в сыворотке крови: $y = 1,0114 + 0,0083 \times X$, где y – искомый уровень иммуноглобулина, X – концентрация марганца в индуцированной мокроте в мг/л, $r = 0,79$, $r^2 = 0,63$, при $p = 0,0013$, для молибдена и иммуноглобулина G: $y = 14,3249 + 0,1216 \times X$, где y – искомый уровень иммуноглобулина, X – концентрация молибдена в индуцированной мокроте в мг/л, $r = 0,59$, $r^2 = 0,34$. Для ванадия и иммуноглобулина G: $y = 10,2106 + 3,975 \times X$, где y – искомый уровень иммуноглобулина, X – концентрация ванадия в индуцированной мокроте в мг/л, $r = 0,67$, $r^2 = 0,44$.

Таким образом, у работников анодного участка медеплавильного производства с положительным *Streptococcus pneumoniae* выраженность симптомов, характеризующих нарушение самочувствия достоверно выше, и частота изменения рентгенологической картины легких выявляется достоверно чаще, чем у работников без пневмококка. Иммунный статус у носителей характеризуется значимым повышением количества CD4 лимфоцитов и бактерицидности нейтрофилов по сравнению с контролем и работниками без пневмококка и повышением. Контаминация мокроты металлами может влиять на формирование иммунологического ответа у носителей *Streptococcus pneumoniae*. Количество CD19 и бактерицидная активность нейтрофилов влияют на бактериальную нагрузку пневмококком.

Литература:

1. Состояние иммунного ответа и формирование носительства *Streptococcus pneumoniae* как факторы риска здоровью работников коксохимического и конвертерного производства / Т.В. Бушуева, Е.П. Карпова, Н.А. Рослая, В.Б. Гурвич, А.К. Лабзова, Ю.В. Грибова // Анализ риска здоровью. – 2023. – № 4. – С. 116–123. DOI: 10.21668/health.risk/2023.4.11

2. Sun F., Xu Z., Fan L. Response of heavy metal and antibiotic resistance genes and related microorganisms to different heavy metals in activated sludge // Journal of Environmental Management. 2021; T.300:113754. doi: 10.1016/j.jenvman.2021.113754.

3. МУК «Методика измерений массовой концентрации элементов, содержащихся в респираторной фракции аэрозолей, в индуцированной мокроте человека, методом масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой и обработкой данных по гранулометрическому составу» ФР.1.31.2022.44058.

**A NEW METHOD FOR THE EFFECTIVE TREATMENT OF SKIN
DISEASES, INCLUDING ECZEMA, AND THE PREPARATION OF AN
EFFECTIVE MEDICINE FOR SKIN DISEASES**

Abduravidov T.A., Muhamedova B.I.

Tashkent Pharmaceutical Institute

Keywords: Technology, eczema soap, soap development, eczema treatment, atopic dermatitis, atopic triad, filaggrin.

Abstract: Atopic dermatitis, commonly known as eczema, is a common chronic, relapsing skin disease characterized by pruritus, epidermal barrier dysfunction, and immunoglobulin E-mediated sensitization to food and environmental allergens. Atopic dermatitis is a complex disease caused by interactions between genes and the environment. Locations on several chromosomes have been identified, including a family of epithelium-related genes on chromosome 1q21 called the epidermal differentiation complex. Mutations in filaggrin, a key protein of epidermal differentiation, have also been identified in early-onset and severe atopic dermatitis. There are 3 classic stages of eczema: infantile, childhood, and adult. The spectrum of manifestations of eczema is very different from the version that affects only the hand to the main forms in which the patient has erythroderma. Acute and acute lesions of atopic dermatitis are often characterized by severe itching, erythematous papules and excoriations, and vesicles with serous exudate. Examples of chronic atopic dermatitis include lichenified plaques and excoriation papules. Patients with atopic dermatitis are at high risk of skin infections, including bacterial and viral superinfections. Conventional therapy includes avoidance of irritants and potential allergens, as well as continuous moisturizing of the skin with thick emollients. Topical corticosteroids and topical immunomodulators are often used first. Other treatments including phototherapy, antimicrobial agents, antihistamines, and systemic immunosuppressants are also case specific. In this article, we will see the technology of soap production for the treatment of eczema on that skin.

The main part: The most common manifestation of adult AD is hand dermatitis. The diagnostic criteria for AD are based on clinical presentation, with skin biopsy usually showing spongiotic dermatitis. Though serum IgE and eosinophilia are commonly elevated, approximately 20%–30% of patients exhibit normal levels. Patients without IgE reactivity or lacking other manifestations of the atopic triad are termed intrinsic AD (versus extrinsic AD).³ Many cases of AD improve or clear during childhood, and others persist into adulthood. As medical science continues to improve, the treatment armamentarium also has expanded. Conventional therapy includes avoidance of irritants and potential allergens, as well as continued hydration of the skin with thick emollients. Topical corticosteroids are the primary treatment but can only be safely used in the short term. Steroid-sparing therapy, including topical immunomodulators, has shown great efficacy in the maintenance of AD. Other therapies including phototherapy, antimicrobials, antihistamines, and systemic immunosuppressives are also options in certain situations. Atopic dermatitis is a complex disease that arises from interactions between genes and the environment. Food

allergens, for instance, induce skin rashes in nearly 40% of children with moderate to severe AD.⁹ T cells specific to food allergens have been cloned from the skin lesions of patients with AD.³ Similarly, skin lesions can develop after intranasal or bronchial inhalation challenge with aeroallergens in previously sensitized patients with AD. Furthermore, application of aeroallergens to skin by atopy patch test on unaffected atopic skin induces eczematoid reactions in 30%–50% of patients with AD.³ Additionally, minimizing exposure to aeroallergens, such as house dust mites, has been associated with significant improvement in AD.¹ Atopic dermatitis is a common skin disease that is often associated with other atopic disorders, such as allergic rhinitis and asthma.¹¹ The spectrum of eczema presentation varies widely, from a variant which only affects the hand to major forms where a patient presents with erythroderma.¹² In 1980 Hanifin and Rajka published major and minor criteria for the diagnosis of eczema.¹³ These criteria were revised during a consensus conference held by the American Academy of Dermatology in 2001 and to date have had a great effect in worldwide research and clinical practice (Table 1). The hallmarks of AD are a chronic, relapsing form of skin inflammation, a disturbance of epidermal-barrier function that culminates in dry skin, and IgE-mediated sensitization to food and environmental allergens. Several studies have implicated bacterial colonization, especially with *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), to be a pathogenetic factor in AD, as infection with this bacteria correlates with disease severity. Different mechanisms have been suggested to account for the increased *S. aureus* colonization. A defective epidermal barrier in subjects with eczema results from abnormalities in both lipids (ceramide and sphingosine deficiencies) and proteins (increased serum protease levels and decreased filaggrin expression). Additionally, levels of endogenously produced antimicrobial peptides are reduced due to the production of interleukins. In turn, *S. aureus* superantigens exacerbate atopic dermatitis by penetrating the skin barrier, activating keratinocytes and inducing the release of proinflammatory cytokines ($P = 0.004$), despite persistent colonization.³⁰ A recently published systematic review assessed the therapeutic benefits of prophylactic treatment of *S. aureus* in those with clinical uninfected eczema. By conducting a meta-analysis of 26 randomized controlled trials involving >1200 subjects, a British group showed that commonly used antistaphylococcal interventions (oral antibiotics, antibiotic soaps, topical antibiotic + corticosteroid ointments, fabrics with antibacterial properties) do reduce the *S. aureus* number in people with clinical uninfected eczema. However, none of the studies showed any evidence of convincing clinical benefit. For instance, there was no significant difference in global outcome for clinically infected eczema when oral antibiotics were compared with placebo (relative risk [RR]: 0.40, 95% confidence interval [CI]: 0.13-1.24) or when topical steroid–antibiotic combinations were compared with steroid alone (RR: 0.52, 95% CI: 0.23-1.16). In addition, given the risk that such preparations may be associated with adverse events such as contact and irritant dermatitis as well as the promotion of wider drug resistance in the community, the dermatologist should be cautious when advising noninfected eczema patients.

Eczema soap debutant, this soap is designed to remove and effectively treat rashes on the skin. It improves overall skin health, moisturizes, softens, and soothes

eczema patient's skin while relieving itching, redness, and irritation. In addition, the composition of patients is antifungal and antibacterial food, which protects the skin with eczema from various infections. Helps skin infections caused by harmful bacteria. There are several reasons why eczema soap is important for treating eczema. First, if you have a skin rash, it's important to keep the area clean and bacteria-free. Second, if you have a rash on your skin, it's important to moisturize the area. For more severe rashes or those that don't respond to over-the-counter treatments, it's important to use medicated soap.

Properties: anti-inflammatory, anti-inflammatory, soothing, moisturizing, smoothing, antibacterial, pore-expanding, skin regeneration. Allergy does not occur

Making soap: To get 100 grams of soap, we need:

Soap base - 100 g; Oil - 3 teaspoons; Glycerin - 1 teaspoon; Flavoring agents - 3 drops; Paint - 2 drops; Less water; Aloe extract - 3 tablespoons.

Ready-made soap base is a semi-finished product with which we can create a special soap. It contains starch, vegetable oils and a little water. Paints are divided into 3 types: tabily, food, pigments. Flavoring agents give soap different smells. Oils can be sunflower oil, olive oil, coconut oil. Oils are added to the soap to impart certain moisturizing, nourishing or emollient effects. Add 1-2 teaspoons to 100 g of base. We add glycerin to soap because it is a substance with moisturizing and softening properties. We used aloe plant water as an additive. We melt the soap base before use. Do this both in a water bath and in a microwave oven (microwave oven). We can increase. First the basis we have to grind. We should not boil the base. Don't let that happen for, we need to mix the substance during the heating process. Microwave at 100g for about 30 seconds dissolves during. Medicated soap, often called therapeutic or medicated soap, is a special type of soap that contains active ingredients with medicinal properties. These soaps are not enough for cleaning, but also for the treatment of specific skin diseases and designed to improve overall skin health. Medicated soap is an active ingredient that provides therapeutic benefits to the skin a class of soap composed of pharmaceutical or tabily ingredients. Unlike ordinary soap, which is mainly intended for cleaning Unlike, medicated soaps are used for specific skin problems such as acne, eczema, psoriasis, or yeast infections directed. These soaps are designed not only to clean laundry, but also to solve various skin problems.

Summary: This soap, called Eczema soap, is intended for the prevention and effective treatment of skin rashes - eczema infection. It improves the overall health of the skin, moisturizes and softens the skin, and relieves the itching, redness and discomfort of the skin of the patient with eczema, improving the quality of life and soothing. In addition, the soap contains antifungal and antibacterial agents that protect skin with eczema from various infections. Helps reduce the risk of skin infections caused by harmful bacteria. There are several reasons why eczema soap is important for treating eczema. First, if you have a skin rash, it's important to keep the area clean and bacteria-free. Second, if you have a rash on your skin, it's important to moisturize the area. For more severe rashes or those that don't respond to over-the-counter treatments, it's important to use medicated soap.

References:

1. Bieber T. Atopic dermatitis. N Engl J Med 2008; 358: 1483–1494.
2. Williams HC. Clinical practice: atopic dermatitis. N Engl J Med 2005; 352: 2314–2324.
3. Leung DY, Bieber T. Atopic dermatitis. Lancet 2003; 361: 151–160.
4. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, eds. Dermatology. Vol. 1. St. Louis, MO: Mosby; 2003: 2584.
5. Spergel JM, Paller AS. Atopic dermatitis and the atopic march. J Allergy Clin Immunol 2003; 112(6 suppl): S118–S127.
6. Miyake Y, Kiyohara C, Koyanagi M, et al. Case-control study of eczema associated with IL13 genetic polymorphisms in Japanese children. Int Arch Allergy Immunol 2011.

IMMUNOPATHOLOGY OF COPD

Sakina Khan , Mirkhamidova S.M.

Tashkent Medical Academy

Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a very significant disease that can be prevented and is treatable but still is the leading cause of mortality worldwide. COPD is characterized by a progressive airflow obstruction due to adaptive and innate immune inflammatory response in respiratory tract to toxic gases such as cigarette smoke and fumes while working. Chronic inhalation of toxic irritants can activate the inflammatory cells in the respiratory tract. Leukocytes including macrophages, neutrophils and lymphocytes are increased in the airways of COPD patients. The studies have also found the reduced phagocytic action of macrophages in COPD patients. The experts have also found the significant increase of IL-6 and IL-8 in the inflammatory process of COPD. Because M2 macrophages secrete matrix metalloproteinases, there is a correlation between higher numbers of these cells and lower FEV, disease progression, and severity in individuals with COPD. The response of adaptive immunity is impaired in patients with COPD which can cause the recurrent of infection.

Aim. To study and understand the inflammatory response in the immunopathology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

To explore the new direction of advancement and drug discovery in COPD.

Materials and methods. A literature and systematic review were studied using the past research papers from the bibliographic database to study the inflammatory immunopathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Conclusion. With the review conducted it has been understood that chronic obstructive pulmonary disorder (COPD) is complex chronic mechanism by immune inflammatory response. The understanding of this immunopathogenesis can give a new insight for possible intervention to treat the lung inflammation while reducing the tissue destruction and restore the immune response against the respiratory infection and provide a opportunity for rational drug development.

ИЗУЧЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОНОСИТЕЛЬСТВА ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Икромов Ж.А.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сина

Одним из самых частых инфекционных заболеваний человека является герпесвирусная инфекция. Проявление первичной герпетической инфекции чаще является острым герпетическим стоматитом (ОГС). Герпетический стоматит, как и другие болезни у детей со сниженным иммунитетом может сопровождаться гельминтозами или протекать тяжело на их фоне.

Цель исследования. Анализ зараженности кишечными гельминтами и патогенными простейшими как сопутствующего заболевания у детей с острым и рецидивирующим герпетическим стоматитом, также оценкой клинического ответа на этиотропную терапию.

Материалы и методы. В нашей работе проведен анализ гельминтоносительства как сопутствующего заболевания у детей с острым герпетическим стоматитом, получавших амбулаторное лечение в детском стоматологическом поликлинике. За исследуемый период пролечено 106 больных детей с легкими и среднетяжелыми формами острого герпетического стоматита. Для выявления гельминтов мы пользовались традиционными методами. Эффективность лечения оценивали повторным обследованием после завершения курса терапии.

Результаты и обсуждение. В результате изучения гельминтоносительства у детей с острым и рецидивирующим герпетическим стоматитом наиболее часто обнаруживались: энтеробиоз (66,7%), аскаридоз (12,2%), лямблиоз (11%), гименолепидоз (7%) и из них микст инвазии (51%).

Этиотропная терапия приводила к элиминации паразитов у всех больных детей. По-видимому, определенную роль сыграло: четкое соблюдение схемы применения препарата, а также ознакомление каждого инфицированного с путями заражения кишечными паразитами и герпетического стоматита. Также элиминация паразитов дала лучшие результаты у больных, зараженных гименолепидозом и лямблиозом: полное выздоровление отмечалось соответственно у большинства больных детей, а также отсутствие рецидива герпетического рецидивирующего стоматита. В итоге положительный клинический эффект при сопутствующих гименолепидозе и лямблиозе отмечался у 94% и 82% больных.

Результаты наших исследований позволяют сделать вывод о наличии взаимосвязи между болезнями полости рта с нарушениями различных отделов желудочно-кишечного тракта, которая обусловлено морфофункциональным единством пищеварительного аппарата.

Диагностические трудности способствуют длительной персистенции гельминтозов и паразитозов в организме, которые приводят к неспецифическим проявлениям. Клиническая эффективность терапии у детей с герпетической

инфекции оценено полное исчезновением воспалительных изменений в полости рта.

НУРЛАНТИРИЛГАН ЭРИТРОЦИТЛАРНИНГ ТУРЛИ ЭНДОГЕН МОДДАЛАРНИ СОРБЦИЯЛАШ/ЮТИШ ҚОБИЛИЯТИ

Қурбанова Л.Ж.

Тошкент тиббиёт академияси

Ионлантирувчи радиациянинг паст дозаларининг мембрананинг структур-функционал ҳолатига таъсирини ўрганиш радиацион шикастланишнинг молекуляр механизмларини ва ушбу омил таъсирига нисбатан пайдо бўладиган хужайралар қаршилигини ўрганиш нуқтаи назаридан долзарбдир. Охирги вақтда атроф-муҳитнинг шикастловчи омиллари сабабли хужайраларнинг шикастланиш механизмининг янги концепцияси таклиф қилинди, унга кўра осмотик гомеостаз тизими хужайраларнинг радиацион, ултратовушли, кислотали ва иссиқлик таъсири натижасидаги шикастланишларининг энг критик нишонларидан бири деб ҳисобланади. Қонни сақлашда эритроцитлар мембраналарининг шикастланиши эритроцитларнинг оқиш ҳоссаларини, айнан деформацияланиш, агрегацияланиш ва эритроцитларнинг томир эндотелиал хужайраларига ёпишиш хусусиятларини ёмонлаштириши мумкин.

Илмий ишимизнинг мақсади нурлантирилган эритроцитларнинг сорбциялаш қобилиятини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотлар фақат донорлар қонида ўтказилганлиги туфайли тажрибалар ўтказиш учун қон Республика қон қуйиш марказида (Тошкент, Ўзбекистон Республикаси) ўзбек миллатига оид 21-62 ёшли жами 48 эркак донорлардан олинди. Тадқиқотлар нурлантирилган эритроцитларни умумий оксил, альбумин, глюкоза, холестерин, триглицерид, юқори зичликдаги липопротеидлар, паст зичликдаги липопротеидлар, мочевино ва креатинин каби эндоген моддаларни сорбциялаш/ютиш қобилияти ўрганилди. Қон плазмаси таркиби HumaStar 100 (Германия Федератив Республикаси) автоматик биокимёвий анализатори ёрдамида аниқланди.

Олинган натижалар тахлили. Эритроцитларни сорбциялаш/ютиш қобилиятини шунингдек нурлантирилган эритроцитларда ҳам ўрганилди. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, нурлантирилган эритроцитларнинг умумий оксилларни сорбциялаш қобилияти назоратга нисбатан 3,2 маротаба ортиқ экан (4.2-жадвал). Бунда назоратдаги эритроцитлар 1 минутига 489 мг оксилни адсорбциялагани ҳолда, нурлантирилган эритроцитлар 1 минутига 1560 мг оксилни адсорбциялаган. Нурлантирилган эритроцитларни альбуминни сорбциялаш қобилиятида ўзгариш кузатилмади. Нурлантирилган эритроцитларни глюкозани ютиши 100 %ни ташкил қилди. Нурлантирилган эритроцитларни липидларни сорбциялаш қобилиятини ўрганиш уларни бирламчи плазма билан инкубция қилинганда холестеринни миқдори инкубацион муҳитда 14 %га ортганлигини кўрсатди. Бу сорбция ўрнига десорбция кетганлигини аниқлатади. Ҳисоблашлар нурлантирилган эритроцитлар

холестеринни муҳитга минутага 24 мкмоль микдорида десорбциялаганини кўрсатди. Нурлантирилган эритроцитлар триглицеридлар ҳамда ЮЗЛПларни деярли сорбцияламади. Шу билан бирга нурлантирилган эритроцитларда ПЗЛПлар десорбцияси кузатилди. Бунда ушбу липопротеидлар эритроцит мембраналаридан муҳитга минутага 28 мкмоль микдорида ажралиб чиқди. Нурлантирилган эритроцитлар мочевинани ҳам десорбциялади, бунда десорбция тезилиги минутага 102 мкмольни ташкил қилди (назоратда сорбция кузатилди). Нурлантирилган эритроцитлар креатининни ҳам деярли сорбцияламади.

Шундай қилиб, нурлантирилган эритроцитларда турли эндоген моддаларни сорбциялаш/ютиш қобилиятида жуда катта ўзгаришлар кузатилади экан. Бунда эндоген моддаларни нафақат сорбциялаш/ютиш, балки тескари жараёнлар ҳам, яъни десорбция ҳам кузатилади экан.

ЮВИЛГАН ЭРИТРОЦИТЛАРНИНГ ТУРЛИ ЭНДОГЕН МОДДАЛАРНИ СОРБЦИЯЛАШ/ЮТИШ ҚОБИЛИЯТИ

Саидов А.Б., Қурбанова Л.Ж.

Тошкент тиббиёт академияси

Эритроцитлар ювилганда уларнинг юзаси ундаги моддалардан қисман озод қилинади. Агар ушбу ювилган эритроцитлар плазмага жойлаштирилса, унда бундай тизимнинг ҳолати мувозанатсиз бўлади, яъни плазмадан эритроцитлар юзасига йўналган молекулалар оқими тескари оқимдан ошиб кетади. Вакт ўтиши билан плазмадан эритроцитларга йўналган оқим сусаяди, қарши оқим эса кучаяди. Шунинг учун бир мунча вақт ўтгач, бу оқимлар мувозанатлашади ва эритроцитлар юзасидаги ҳамда плазмадаги субстратлар микдори ўзгариши тўхтаб қолди. Мувозанат ҳолати энди плазмадаги камроқ микдордаги молекулалар мос келади, уларнинг бир қисми эритроцитлар мембраналарида чўккан. Олинган натижалар ювилган донор эритроцитларнинг плазма компонентларини сорбция қилиш универсал хусусияти ҳақида гапиришга имкон беради. Моддаларнинг табиий сорбентлари бўлган Моддаларнинг табиий сорбентлари бўлган эритроцитлар бу функцияни организмимизда доимий равишда бажаради. Улар нафақат ўзига хос газ ташиш функциясини бажарадилар, балки бутун танадаги метаболизмни сақлашда ҳам иштирок этади. Эритроцитларнинг мембраналар юзасида турли моддаларни сорбция қилиш хусусияти қон тизимининг трофик, дезинтоксикация, буфер ва метаболит функцияларини таъминлайди. Эритроцитлар зарур моддаларни қондан тўқималарга тез ва танлаб ўтказиш, қондан метаболитларни, денатурацияланган оқсилларни, атероген липидларни ва кимёвий фаоллиги юқори бўлган бошқа моддаларни чиқариб ташлайди, плазма таркибидаги бир қатор моддаларни, хусусан, водород ионларини (H^+) меъёрий диапазонда сақлайди.

Илмий ишимизнинг мақсади ювилган эритроцитларнинг сорбциялаш қобилиятини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотлар фақат донорлар қонидан ўтказилганлиги туфайли тажрибалар ўтказиш учун қон Республика қон қуйиш

марказида (Тошкент, Ўзбекистон Республикаси) ўзбек миллатига оид 21-62 ёшли жами 48 эркак донорлардан олинди. Тадқиқотлар ювилган эритроцитларни умумий оксил, альбумин, глюкоза, холестерин, триглицерид, юқори зичликдаги липопротеидлар, паст зичликдаги липопротеидлар, мочевино ва креатинин каби эндоген моддаларни сорбциялаш/ютиш қобиляти ўрганилди. Қон плазмаси таркиби HumaStar 100 (Германия Федератив Республикаси) автоматик биохимёвий анализатори ёрдамида аниқланди.

Олинган натижалар таҳлили. Ювилган эритроцитларнинг умумий оксилларни сорбциялаш қобиляти назоратга нисбатан 3 маротаба ортиқ экан. Яъни назоратдаги эритроцитлар 1 минутига 489 мг оксилни адсорбциялаган бўлса, ювилган эритроцитлар 1 минутига 1440 мг оксилни адсорбциялаган. Ювилган эритроцитларни альбуминни сорбциялаш қобиляти ҳам назоратга нисбатан 1,3 марта ортиқлиги (назоратдаги 711 мг/мин га қарши 900 мг/мин) аниқланди. Назоратда глюкозанинг ютилиши 148 мкмоль/мин бўлган бўлса, ювилган эритроцитлар минутига 838 мкмоль глюкозани ютди. Ювилган эритроцитларни липидларни сорбциялаш қобилятини ҳам ўргандик. Тадқиқот натижалари ювилган эритроцитларни холестеринни сорбциялаш қобиляти назоратга нисбатан 2,7 марта ортақлигини кўрсатди. Ювилган эритроцитларни триглицеридларни сорбциялаш қобиляти 1,5 марта юқори бўлди. ЮЗЛП назорат ва ювилган эритроцитлар томонидан сорбцияланиш тезлиги бири-бирдан фарқланмади. Шу билан бирга ювилган эритроцитлар томонидан ПЗЛПларни сорбцияланиши назоратга нисбатан 1,7 марта паст бўлди. Ювилган эритроцитларни мочевинони ютиш тезлиги назоратга нисбатан 1,2 марта юқори, креатининни сорбциялаш қобиляти эса 4,9 марта юқори бўлди.

Шундай қилиб, ювилган эритроцитларда турли эндоген моддаларни сорбциялаш/ютиш қобилятида анча катта ўзгаришлар кузатилади экан. Бунда эндоген моддаларни сорбциялаш/ютиш тезлиги асосан орта экан.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF HIV-POSITIVE PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

**Karimov D.A., Ahmedjanova Z.I., Urunova D.M., Sunnatova N.M.,
Begmatov B.H., Raimkulova D.F., Aladova L.Y.**

Tashkent State Dental Institute

Central Asian University

Institute of immunology and human genomics

Tashkent Medical Academy

Key words: HIV, AIDS, Tuberculosis, SF-36 questionnaire, Quality of life

Purpose. The goal of the study was to assess Health-Related Quality of Life (HRQoL) in HIV-positive patients with tuberculosis (TB) in Tashkent region, Uzbekistan.

Methodology. The cross-sectional study was performed from March to September 2022 in the Republican AIDS Centre of Uzbekistan (Tashkent). The research population included 41 HIV-positive patients with TB and 67 HIV positive

patients without TB aged 15-19 years (overall 108). The SF-36 questionnaire was harnessed to find out HRQoL in HIV-TB patients. The questionnaire consists of 36 points with 8 domains: physical functioning - 10 questions, limitations due to physical issues - 4 questions, bodily pain - 2 questions, general health perceptions - 5 questions, vitality (fatigue) - 4 questions, social functioning - 2 questions, limitations due to emotional issues - 3 questions, and emotional wellbeing - 5 questions. Participant's answers were coded then transformed to 0 - 100 score scale, with higher scores showing better physical, cognitive functioning and generally better HRQoL. Data of all the completed questionnaires were included into the excel spreadsheet and were analysed by utilizing the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (version 28.0). Those p-values less than 0.05 were considered statistically significant.

Findings. The study revealed that HIV and TB patients had generally low QoL with the highest score in bodily pain domain and the lowest in general health perception domain. The HIV-TB group had significantly worse quality of life in comparison with the HIV-group in terms of vitality, social functioning and general health perception ($p=0.001$). A large part of population had detectable viral load (about a third of all). In the main group patients in average had less CD4 cell counts than those in the HIV-group.

Conclusion. TB status was the main factor affecting the quality of life in HIV-TB patients in this study. It is possible that the key variables influencing the quality of life in TB/HIV patients in this study could be patient's understanding of the illness, patient's perception of control over disease. It will be important for patients to know about their diseases more. Creating a support groups to share their experiences could help to improve the control over the ill condition.

СОДЕРЖАНИЕ

Общественное здоровье и управление здравоохранением

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИЗИМИДА ПРОФЕССИОНАЛ БОШҚАРУВЧИЛАР ТАРКИБИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ МЕХАНИЗМЛАРИ	
<i>Асадов Д.А., Хакимов В.А., Асадов Х.Д.</i>	3
STUDY OF THE CHARACTERISTICS OF PHYSICAL ACTIVITY IN PATIENTS WITH VENTRICULAR RHYTHM DISORDERS DEPENDING ON THE FUNCTIONAL CLASS OF ARRHYTHMIA	
<i>Ismoilov U.I., Nurillaeva N.M., Shukurdjanova S.M.</i>	6
ENVIRONMENTAL EFFECTS IN NEUROLOGICAL DISORDERS	
<i>Yuldasheva S.U., Rasulova M.B.</i>	11
THE ROLE OF A HEALTHY LIFESTYLE IN HUMAN HEALTH AND MEASURES AIMED AT EARLY PREVENTION OF DISEASES	
<i>Yusufboyev J.A., Azimov R.I., Samandarova F.O.</i>	13
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ИЗЫСКАНИЯ: УПРАВЛЕНИЕ, ЭТИЧЕСКИЕ СТОРОНЫ, ПРАВО И НАУЧНАЯ ДОБРОСОВЕСТНОСТЬ	
<i>Азимов Р.И.</i>	15
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНАТОРНО- КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	
<i>Акбарходжаев А.А., Джалилова Г.А.</i>	18
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВОЕВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	
<i>Гавриленко Л.Н.</i>	19
ИННОВАЦИОННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПЕРЕХОДА К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ	
<i>Гулямова Ш.С., Нуриллаева Н.М., Гадаев А.Г.</i>	24
EFFECTIVE CONTROL AND DISPENSERIZATION OF ARTERIAL HYPERTENSION BY GROUP TRAINING OF PATIENTS IN POLYCLINICAL CONDITIONS	
<i>Gulyamova Sh.S.</i>	29

EFFECTIVE CONTROL AND DISPENSARY SUPERVISION OF HYPERTONIC DISEASE IN THE CONDITIONS OF A FAMILY POLYCLINIC AND A RURAL MEDICAL FACILITY	
<i>Gulyamova Sh.S.</i>	30
СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЕ	
<i>Джалилова Г.А.</i>	31
BOLALARNING JISMONIY RIVOJLANISHI VA SALOMATLIGI	
<i>Djalilova G.A., Salimova S.U.</i>	33
СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ИНВАТАКСИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И РАЗРАБОТКА ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ СНГ(СОДРУЖЕСТВО НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ)	
<i>Ербол Армангул, Аяганов С.А.</i>	34
2009-2022 ЙИЛЛАРДА ЎЗБЕКИСТОНДА СОДИР БЎЛГАН ЙЎЛ ТРАНСПОРТ ҲОДИСАЛАРИ	
<i>Жуманиёзов К.Й., Олимова М.М.</i>	39
СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА РАБОТЫ «ШКОЛЫ МАТЕРИНСТВА»	
<i>Заступова А.А., Мусеева К.Е., Харбедия Ш.Д.</i>	43
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА БОЛАЛАР НОГИРОНЛИГИ САБАБЛАРИНИ ЎРГАНИШ ВА ТИББИЙ- ИЖТИМОЙ ЁРДАМИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ (Сурхондарё вилояти мисолида)	
<i>Касимова Д.А.</i>	46
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	
<i>Касимова Д.А.</i>	48
MEDICAL ETHICS IN DENTISTRY	
<i>Israilova M.N., Abidova M.I.</i>	51
THE ROLE OF ASYMMETRIC DIMETHYLARGININE AS A PREDICTOR OF CARDIOVASCULAR DISEASES	
<i>Makhkamova M.M., Nurillaeva N.M.</i>	55
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕ- ФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
<i>Мирзарахимова К.Р., Нурмаматова Қ.Ч., Рахмонов Т.О., Яхяева К.Р.</i>	59
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДЕТЕЙ	
<i>Мирзарахимова К.Р., Рахмонов Т.О., Абдурашидова Д.Н.</i>	60
ZAMONAVIY BIRLAMCHI TIBBIY-SANITARIYA YORDAMINING MOHIYATI VA VAZIFALARI	
<i>Nazarova M.F., Urazaliyeva I.R.</i>	61
МАКТАВ О'QUVCHILARINING KO'Z KASALLIKLARI XAVF OMILLARI BO'YICHA BILIMDONLIGINI O'RGANISH	

Nuraliyeva N.B., Usmonova Y.Sh.	63
KO'KRAK BEZI SARATONINING OLDINI OLISHDA TIBBIYOT TALABALARINING XABARDORLIGINI ANIQLASH	
Nuraliyeva N. B., Masaidova R.O.	64
ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ КОЖНЫХ И КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ.	
Туйчибоев С.Э., Насирдинов О.А., Нуралиева Н.Б.	65
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	
Оманова А.С., Сафаров И.О.	66
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОЦЕНКАХ ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ	
Маймур А.В., Сачек М.М., Рожко Ю.И., Бружас Т.И.	67
ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НИЗ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	
Сачек М.М., Щавелева М.В.	70
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ	
Кодиров К., Рустамова Х.Е., Нурмаматова К.Ч.	75
ЗДОРОВЬЕ МЕДСЕСТЕР КАК МОТИВАЦИЯ НАСЕЛЕНИЮ В ФОРМИРОВАНИИ ЗОЖ	
Нуралиева Н.Б., Рустамова Х.Е., Мирзарахимова К.Р.	76
МЕДИКО-СОЦАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	
Рустамова Х.Е., Турсункулова М.Э.	78
ПЕРСПЕКТИВЫ РЕФОРМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА	
Рустамова Х.Е., Нурмаматова К.Ч., Камилова Д.Н.	80
РИСКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	
Рустамова Х.Е., Маннанов Ж.Ж., Нусратуллаева Н.К.	83
УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ	
Тангиров А.Л., Рустамова Х.Е., Абдуллаев А.У.	85
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В МИРЕ И УЗБЕКИСТАНЕ	
Турсункулова М.Э., Рустамова Х.Е.	87
ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПО СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА	
Усманов С.У., Шукурова У.А., Рустамова Х.Е.	89

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	
<i>Хакимова С., Кодиров К., Рустамова Х.Е.</i>	90
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СОХРАНЯЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К НИМ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ	
<i>Эшмуратов С.Г., Абдукадиров Х.Ж., Каримова М.У.</i>	91
ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ: ВЗГЛЯД НА ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
<i>Хомидов М.Н.</i>	94
ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДПРОЦЕССА ГЕПАТИТА «А» СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ МЕГАПОЛИСА САМАРКАНД	
<i>Буляев З.К., Ризаев Ж.А., Утепов П.Д.</i>	97
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В МИРЕ	
<i>Исматуллаева О.И., Азимов Р.И.</i>	100
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
<i>Хайдарова М.А.</i>	101
УЛУЧШЕНИЕ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ "МЕТАДОНОВАЯ ТЕРАПИЯ" И ИЗУЧЕНИЕ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И СНГ	
<i>Мұсылман А.Б., Муратбекова С.К.</i>	102
ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ	
<i>Мансуров О.У., Рузиева С.Ю.</i>	105
ОПТИМИЗАЦИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	
<i>Рузиева С.Ю.</i>	107
ПСИХИЧЕСКИЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ФАКТОР РИСКА У ПОДРОСТКОВ.	
<i>Мансуров О.У., Рузиева С.Ю.</i>	110
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИЕМА ВРАЧА ПУТЕМ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЗАПИСИ К СПЕЦИАЛИСТУ	
<i>Улмасбеков А., Хошимов А.</i>	112
СУРУНКАЛИ ЖИГАР КАСАЛЛИГИНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАХЛИЛИ	
<i>Уринов А.М.</i>	114
УПРАВЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИМИ РИСКАМИ В ЛАБОРАТОРИЯХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИИ	
<i>Утепов П.Д., Ризаев Ж.А., Тухтаров Б.Э.</i>	115

**НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА: ИЗМЕНЕНИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УЗБЕКИСТАНА К 2030 ГОДУ**

Хамидов М.Н. 120

**МЕДИЦИНСКИЙ МАРКЕТИНГ И РЕКЛАМА МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ**

Эралиева М.Б. Азимов Р.И. 122

Гигиена. Медицинская экология

**PROMOTING A HEALTHY LIFESTYLE AMONG MEDICAL
STUDENTS AT TASHKENT MEDICAL ACADEMY:
RECOMMENDATIONS FOR BALANCING ACADEMIC
DEMANDS WITH SELF-CARE**

Saloni Sajid Maner, Arshaan Asif Shaikh, Imamova Akida 124

**ГИГИЕНИЧЕСКОЕ, ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И
СТАТИСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ
АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ
COVID-19**

Ашурбоев Ф.А., Саломова Ф.И., Хакимова Д.С. 127

**ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ
ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Сайдалиев М.Н., Бекбосынова Ф.К. 129

**ИССЛЕДОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ И СТЕПЕНИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ
ДОБАВОК ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МАССЫ ТЕЛА**

Воронина Н.В. 135

**СВОЙСТВА РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ЛИСТЬЕВ
БОЯРЫШНИКА (CRATAEGUS L.), ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В
УЗБЕКИСТАНЕ**

Воронина Н.В. 137

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОНТРОЛЯ КОНТАМИНАЦИИ
ТЕПЛИЧНОЙ ПРОДУКЦИИ РАСТЕНИЕВОДСТВА В
УЗБЕКИСТАНЕ**

Шамсутдинова М.А, Воронина Н.В. 138

**ОЛИЙ МАКТАБ ТАЛАБАЛАРИ ПСИХОГИГИЕНАСИ ВА
УЛАРНИНГ КОРРЕКЦИЯСИ**

Ибрагимходжаев Б.У., Маширипова Р.Ю. 140

**CONSEQUENCES OF MICROELEMENTS DEFICIENCY
AMONG SCHOOL STUDENTS AND THEIR PREVENTION**

Ibragimxodjayev B.U., Mukhamedjanov A.Kh., Shertayev M.M. 144

REASONABLE NUTRITION OF SCHOOLCHILDREN AND MEASURES OF ITS ORGANIZATION	
<i>Ibragimxodjayev B.U., Shertayev M.M., Mukhamedjanov A.Kh.</i>	145
ТАЛАБАЛАР ОРАСИДА ПСИХОЛОГИК ТАЪЛИМ-ТАРБИЯ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ	
<i>Ибрагимходжаев Б.У., Бердиев Г.К., Мухамеджанов А.Х.</i>	146
AKSELERATSIYAGA DOIR GIGIYENIK MUAMMOLAR.	
<i>Kamilov A.A., Nabiyeva D.D., Kamilov A.A.</i>	149
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA SUV TA'MINOTI MUAMMOLARI	
<i>Kamilov A.A., To'raxonova F.M., Igamberdiyeva S.O.</i>	150
QUYOSH RADIATSIYASINING GIGIYENIK AHAMIYATI.	
<i>To'raxonova F., Aminova M., Saloxiddinova R.</i>	151
ISHLAB CHIQRARISH MUHITIDAGI BIOLOGIK OMILLAR.	
<i>To'raxonova F.M., Kamilov A.A., Yunusov M.</i>	153
ТИББИЙ ХОДИМЛАРНИ ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНИШНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК БАХОЛАШ	
<i>Маматкулов Т.Т., Ибрагимова Ф.Ч.</i>	154
MAMLAKATIMIZDA SANITARIYA-EPIDEMOLOGIK OSOYISHTALIK VA JAMOAT XAVFSIZLIGINI TA'MINLASH TO'G'RISIDA	
<i>Mamatkulov T.T., Xudoyqulova G.T.</i>	156
ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ (БИОЛОГИЧЕСКИХ, ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ) ФАКТОРОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	
<i>Каршиева С.У., Солижонов У.И., Рахимов Б.Б.</i>	158
НУРЛАНТИРИЛГАН ЭРИТРОЦИТЛАРНИНГ ТУРЛИ ЭНДОГЕН МОДДАЛАРНИ СОРБЦИЯЛАШ/ЮТИШ ҚОБИЛИЯТИ	
<i>Курбанова Л.Ж.</i>	161
ЮВИЛГАН ЭРИТРОЦИТЛАРНИНГ ТУРЛИ ЭНДОГЕН МОДДАЛАРНИ СОРБЦИЯЛАШ/ЮТИШ ҚОБИЛИЯТИ	
<i>Саидов А.Б., Курбанова Л.Ж.</i>	162
ОСНОВЫ ПИТАНИЯ В ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ	
<i>Тухтаров Б.Э., Валиева М.У.</i>	164
SURUNKALI JIGAR KASALLIGINI KELTIRIB CHIQRUVCHI XAVF OMILLARINING TAXLILI	
<i>Urinov A.M.</i>	167
ГЕНИТАЛ МИКРОФЛОРА ВА УНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	
<i>Хужаева Ш.А.</i>	168

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПИЩЕВОЙ ДОБАВКИ <i>Шеркузиева Г. Ф., Саломова Ф.И., Юлдашева Ф.У.</i>	171
ICHIMLIK SUVINING SIFAT KO'RSATKICHLARINI TEKSHIRISH NATIJALARI <i>Sherqo'ziyeva G.F., Bahriddinova M.N., Egamberdiveva Z.Z., Boysariyeva M.R.</i>	172
SUV HAVZALARI SUVINING SIFATINI EKOLOGO GIGIYENIK BAHOLASH NATIJALARI <i>Sherqo'ziyeva G.F., Abdullaev J.I.</i>	173
SUV RESURSLARINING IFLOSLANISH HOLATI <i>Salomova F.I., Sherqo'ziyeva G.F., Iskandarov A.B., Urmanova L.D.</i>	174
PROPHYLACTIC GIARDIASIS <i>Dilmurodova O.B., Kamilova A.Sh.</i>	175
POLIMER ISHLAB CHIQARISH KORXONALARI ISHCHILARI SALOMATLIK HOLATINI BAHOLASH <i>Azizova F.L., Kamilov Dj.Y.</i>	176
SARS-COV-2 ВИРУСИ ТАЪСИРИДА БОЛАЛАРДА БУЙРАК ПАТОЛОГИЯСИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ЧАСТОТАСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ <i>Ганпарова Г.Н.</i>	177
ПОЛИФЕНОЛ ЭКСТРАКТИНИНГ КАЛАМУШ ЖИГАР АНТИОКСИДАНТ ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ <i>Маллаева М.М., Маллаева Г.М.</i>	178
ВЛИЯНИЕ ФАСТФУДА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА <i>Раджабов З.Н.</i>	180
БЛАГОПРИЯТНАЯ СРЕДА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА <i>Раджабов З.Н.</i>	182
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕНЮ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ, ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ЗАПРЕЩЕННЫХ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ В ШКОЛАХ <i>Рахимова Д.Ж.</i>	184
РОЛЬ БИОРИТМОВ В ФОРМИРОВАНИИ РАСПОРЯДКА ДНЯ СТУДЕНТОВ <i>Рахманова К.К., Утамурадова Н.А.</i>	186
MURDALAR BILAN ISHLOVCHI TIBBIYOT HODIMLARINING MEHNAT JARAYONIDA TABBIIY YORITILGANLIKNING GIGIYENIK ASOSLARI <i>Maxmanazarov G.A., Tuxtarov B.E.</i>	187
ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ РЕДКИХ ЖИВОТНЫХ НА ЧУМУ И ДРУГИЕ ЗООНОЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ЗАПАДНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	

Ахметова А.У., Нурмухамедова Ш.М. 188

Вопросы здорового образа жизни

THE IMPACT OF SLEEP DEPRIVATION ON THE MENTAL
AND EMOTIONAL HEALTH OF FUTURE PHYSICIANS

Abdukadirova L. K., Ibrohimova D. I., Ilhomova Sh.T. 191

UNVEILING THE COMPLEXITY OF PARKINSON'S DISEASE:
EXPLORING SUBTYPES AND TRACING ITS FIVE-STAGE
NATURAL COURSE

Abduraimov K.D. 195

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ НА ЗАНЯТИЯХ ПО
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТУ

Каримов В.В., Рузибоев Ш.Х. 196

ПРИМЕНЕНИЕ ГИМНАСТИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА
ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТУ

Каримов В.В., Рузибоев Ш.Х. 197

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРИКЛАДНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ
ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОГО СОСТАВА
ТАМОЖЕННЫХ ОРГАНОВ

Шакирзянова С.Р. 199

DETERMINATION OF CHEMICAL COMPOSITION OF
SMOKELESS TOBACCO (NASVAY) IN UZBEKISTAN

Juraev J., Shukurov Sh., Yuldashev R. 201

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВАЛЕОПУНКТА НА
УРОВНЕ МАХАЛЛИНСКОГО СХОДА ГРАЖДАН «ИКБОЛ»
ТАШКЕНТСКОГО РАЙОНА, ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Иргашев Ш.Б., Файзиева Н.Н. 202

INCREASING RELEVANCE OF THE APPEARANCE OF
CEREBRAL ANEURYSMS, AND THE PREVENTIVE METHODS
OF THEIR TREATMENT

Kabulov S., Abdurahimova L.A. 206

YURAK ISHEMIK KASALLIGI MAVJUD BEMORLARDA
VISSERAL SEMIZLIKNI ANIQLASH USULLARI

Matajonova Z.Sh., Egamberdieva D.A., Ruzmetova I.A. 207

ФОРМИРОВАНИЕ У НАСЕЛЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ВЕДЕНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Нурмухамедова Н.А., Хусинова Ш.А., Садыкходжаева Д.А. 208

ПРОБЛЕМЫ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Нурмаматова К.Ч., Эштемирова Х.А., Шарипов А.Т. 211

SOG'LOM TURMUSH TARZINI SHAKLLANTIRISH VA YUQUMLI BO'LMAGAN KASALLIKLAR PROFILAKTİKASINING GIGIYENIK TALABLARI <i>Sayfullayeva S.G', Bo'riboyev U.F.</i>	214
THE ROLE OF TECHNOLOGY IN PROVIDING WELLNESS AT THE WORKPLACE <i>Xosilova R.E.</i>	216
TOSHKENT SHAHRIDA YASHOVCHI MAKTABGACHA TA'LIM MUASSASALARIDAGI 3 YOSHDAN 7 YOSHGACHA BO'LGAN BOLALARNING JISMONIY RIVOJLANISHINING "SALOMATLIK YO'LAGI" <i>Muxamedjanov A.X., Shermanov A.O., Qo'ylanov B.B.</i>	220
ЎЗБЕКИСТОН АҲОЛИ ОРАСИДА ЖИСМОНИЙ ФАОЛЛИКНИ ОШИРИШ ЙЎЛЛАРИ <i>Юлдашев Р.М., Шукуров Ш.У.</i>	222
НЕДОСТАТОЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ <i>Юлдашев Р.М., Шукуров Ш.У.</i>	224
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАСВЯЯ В УЗБЕКИСТАНЕ <i>Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М., Жураев Ж.</i>	226
ЎЗБЕКИСТОНДА ЭЛЕКТРОН СИГАРЕТАЛАР ВА ТАМАКИНИ ҚИЗДИРИШ ТИЗИМЛАРИНИ ЧЕКИШНИ ҚИСҚАРТИРИШДА САМАРАЛИ ЁНДАШУВ <i>Иноятлов А.Ш., Шукуров Ш.У., Валиева М.Х., Маманазарова Ф.Х., Юлдашев Р.М.</i>	227
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Рахманов Т.О., Мирзарахимова К.Р. Саттарханова Х.</i>	230
КУН ТАРТИБИГА АМАЛ ҚИЛИШ - СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ АСОСИ <i>Мирзарахимова К.Р., Раҳманов Т.О., Махамматова Б.</i>	231
МАКТАВ О'QUVCHILARINING KO'Z KASALLIKLARI XAVF OMILLARI BO'YICHA BILIMDONLIGINI O'RGANISH <i>Nuraliyeva N.B., Usmonova Y.Sh.</i>	232
ЁШЛАР ОРАСИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ ВА УНИНГ МАЪНАВИЙ АСОСЛАРИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ОИЛА ВА ТАЪЛИМ-ТАРБИЯ МУАССАСАЛАРИНИНГ ТУРГАН ЎРНИ <i>Абдуллаев И.К., Хасанов Ш.М., Қадирбергганов Х.Б., Юсупов Б.М.</i>	233
ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Наимова З.</i>	238
WIDE APPLICATION OF A HEALTHY LIFESTYLE	

<i>Tangirov A.L., Lolayeva Z.A.</i>	242
SOG'LOM UZOQ UMR KO'RISH SIRLARI	
<i>Tangirov A.L., Karimova M.U., Lolayeva Z.A.</i>	243
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ГИМНАСТОК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКОЙ	
<i>Билялова Н.Х., Пахрудинова Н.Ю.</i>	245
<i>Вопросы медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях</i>	
АСТЕНИЯ КАК КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ	
<i>Кахрамонова И.И.</i>	248
DIAGNOSIS OF INTERNAL MYCOSES IN PATIENTS WITH HIV INFECTION AND TUBERCULOSIS UNDER HOSPITALIZATION CONDITIONS	
<i>Mukhamedov K.S., Jurabaeva M.Kh., Ongarbayev D.O., Galeti Faheem Akram</i>	251
ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ССЗ	
<i>Султонова С., Нигматуллаева Д.Ж.</i>	254
РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НАВЫКАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ	
<i>Чифтчи З.А.</i>	255
ОБУЧЕНИЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НАВЫКАМ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ ПРИ КРУПНОМАСШТАБНЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	
<i>Чифтчи З.А.</i>	256
<i>Иммунитет и иммунологические основы здорового образа жизни</i>	
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ НОСИТЕЛЬСТВА STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE СРЕДИ РАБОТНИКОВ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ПРОМЫШЛЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ	
<i>Бушueva Т.В., Рослая Н.А., Штин Т.Н., Карпова Е.П.</i>	258
A NEW METHOD FOR THE EFFECTIVE TREATMENT OF SKIN DISEASES, INCLUDING ECZEMA, AND THE PREPARATION OF AN EFFECTIVE MEDICINE FOR SKIN DISEASES	
<i>Abduravidov T.A., Muhamedova B.I.</i>	261
IMMUNOPATHOLOGY OF COPD	
<i>Sakina Khan, Mirkhamidova S.M.</i>	264

ИЗУЧЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОНОСИТЕЛЬСТВА ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ У ДЕТЕЙ	
<i>Икромов Ж.А.</i>	265
НУРЛАНТИРИЛГАН ЭРИТРОЦИТЛАРНИНГ ТУРЛИ ЭНДОГЕН МОДДАЛАРНИ СОРБЦИЯЛАШ/ЮТИШ ҚОБИЛИЯТИ	
<i>Курбанова Л.Ж.</i>	266
ЮВИЛГАН ЭРИТРОЦИТЛАРНИНГ ТУРЛИ ЭНДОГЕН МОДДАЛАРНИ СОРБЦИЯЛАШ/ЮТИШ ҚОБИЛИЯТИ	
<i>Саидов А.Б., Курбанова Л.Ж.</i>	267
HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF HIV-POSITIVE PATIENTS WITH TUBERCULOSIS	
<i>Karimov D.A., Ahmedjanova Z.I., Urunova D.M., Sunnatova N.M., Begmatov B.H., Raimkulova D.F., Aladova L.Y.</i>	268