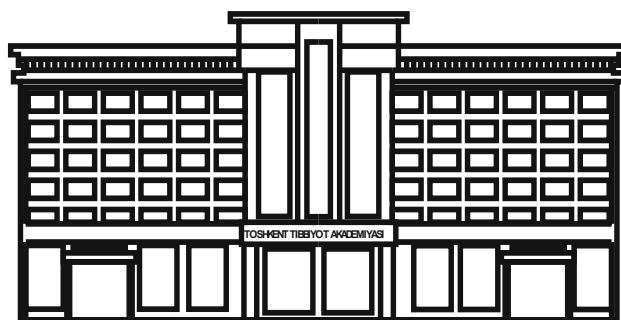


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2020 №2

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
АХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Исмоилова Н., Бекмиров Т.	63
CONDITION OF A AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH ULCER DISEASE ASSOCIATED WITH AUTONOMIC DYSTONIA Kadirov B.S., Khamrabaeva F.I. Khamrabaeva F.I.	63
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Кадилова Ф.Ш., Рахимова М.Э.	64
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРОЙНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ФАМОТИДИНА И ОМЕПРАЗОЛА НА СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ АГРЕССИВНО- ПРОТЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ Каланова Н., Зуфаров П.С., Якубов А.В.	64
РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Камалова Ё.А.	64
TREATMENT OF THE ACNE DISEASES WITH LASER THERAPY Khalitov I.I., Kurbanova M.A., Abbaskhanova F.X., Nurmatova I.B.	65
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ Камолова Ф.Дж., Акбарова Д.С.	66
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЕГО ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ Каримов З.Б., Мавлянов Ф.Ш.	66
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ASPERGILLUSPP СРЕДИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКОТИКАМ Каримова Д.С., Козимова К.М., Нурматова Н.Ф.	67
A COMPARATIVE STUDY OF THE INCIDENCE OF BOTULISM Karomov M.N., Maqsudova Z.S., Buribaeva B.I.	67
БАДАНТАРБИЯ, ПАРҲЕЗ, САУНА-СОҒЛОМ ҲАЁТНИНГ УЧ ОМИЛИ Кахрамонова М.Ш., Усмонов К. З., Факиров А. З.	67
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ Козимова К.М., Каримова Д.С., Нурматова Н.Ф.	68
АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИТОНЦИДОВ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Костышин Л.В., Михайлюк Н.В., Сахацкая И. М., Федюк В.И.	69
ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ СИНДРОМА ШТЕЙНА-ЛЕВЕНТАЛЯ Курбанова З.Ш., Розикова Д.К.	69
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Курбоналиева З.С., Яхяева К.З., Толипова Н.К.	70
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ Курбонова З.Ч., Бабаджанова Ш.А., Мусаева Н.Б.	70
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ОСНОВАНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ Курбонова К.Д., Зиёвиддинов М.К. Эгамбердиева С.М.	71

при II степени активности заболевания. При сравнительной оценке уровня тревожности при РА и СКВ более высокие цифры показателей установлены при СКВ.

Выводы. Основываясь на результатах исследования, можно предположить, что психологические изменения у больных РА и СКВ не только усугубляют течение заболевания, но и, снижая эффективность лекарственных средств, удлиняют стадию активности болезни. Поэтому таким больным необходима консультация психотерапевта и назначение соответствующих лекарственных средств для устранения психоэмоциональных расстройств.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Исмоилова Н., Бекмиров Т.

Ташкентская медицинская академия

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидности населения. К наиболее распространенным из них относятся ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь и церебральный атеросклероз.

По статистическим данным ишемической болезнью сердца страдают около 12 % всех мужчин в возрасте 45-59 лет. В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости ИБС среди лиц молодого возраста. Многими исследователями установлено, что у больных ИБС наблюдаются те или иные психические изменения. Часто возникают такие эмоциональные нарушения, как тревога, подавленность, фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, связанных со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства «Я». Во время болевого приступа больных охватывает беспокойство, мысли о смерти от сердечного приступа, отчаяние. Больные живут с постоянным тревожным опасением повторного приступа, они анализируют любые изменения сердечной деятельности, реагируя на малейшие неприятные ощущения в области сердца. Различают боли в области сердца психогенного характера, которые формируются как следствие стресса, в результате тяжелой жизненной ситуации и трудностей адаптации. Причиной стресса могут быть конфликтные ситуации в семье или на работе, потеря близкого человека или похороны умершего от инфаркта миокарда, различные сексуальные, производственные или общественно-правовые трудноразрешимые или практически неразрешимые обстоятельства, затрагивающие наиболее ранимые черты личности и астенизирующие больного.

Установлено, что у больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, преобладают тревожные и депрессивно-ипохондрические расстройства [1]. Возникновение этих нарушений связано с преморбидными особенностями личности (тревожно-мнительные) и особенностями течения ишемической болезни сердца. Наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда. Даже при удовлетворительном самочувствии диагноз инфаркт миокарда ассоциируется у больных с угрозой для жизни. Тяжелое физическое состояние, резкая слабость, интенсивные боли, озабоченные лица медицинского персонала, срочная госпитализация — все это порождает тревогу и страх, приводит больных к убеждению, что их жизнь в опасности. На психическое состояние больного в первые дни болезни влияют также и другие психологические факторы.

Наиболее характерным признаком изменения познавательных процессов при ИБС можно считать затруднения при одновременном охвате нескольких элементов ситуации, что является следствием сужения объема восприятия. Основное затруднение при этом представляет операция совмещения нескольких признаков. У здоровых людей относительное нарастание сложности не вызывает никаких затруднений и ни в отношении точности, ни в отношении темпа при выполнении всей серии проб резких различий не наблюдается.

Практически у всех больных ИБС отмечается ослабление концентрации и удержания внимания, более или менее выраженные признаки затруднения распределения и переключения внимания с одного признака на другой. Часто выявляются признаки истощаемости психических процессов.

Результаты психологического обследования необходимо учитывать при составлении индивидуальных программ социально-психологической реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями [4]. При выявлении признаков истощаемости психических процессов и нарушений динамики длительных действий рекомендуются облегченные условия труда, неполный рабочий день, возможность произвольного чередования труда и отдыха, предоставление дополнительных перерывов в работе. Для того чтобы минимизировать возникновение негативных изменений в эмоциональноличностной сфере больных, целесообразно проводить психокоррекционную работу, направленную на формирование адекватного отношения к болезни. Учитывая повышенную тревожность сердечнососудистых больных и фиксацию на соматических ощущениях, рекомендуются занятия групповой психотерапией и освоение приемов аутогенной тренировки.

Литература

1. Волков В.С., Анталац З. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. — М.: Медицина, 1982. — 285 с.
2. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / Ред.: В.В.Николаева. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. — 167 с.
3. Обухов Я.Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. — М.: Медицина, 1997. — 342 с.
4. Вассерман Л.И. и др. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: Сб. ст. / Под. ред. — Л., 1990. — С. 120-124.

CONDITION OF A AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH ULCER DISEASE ASSOCIATED WITH AUTONOMIC DYSTONIA

Kadirov B.S., Khamrabaeva F.I.

Purpose of the study. To study the state of the autonomic nervous system in patients with peptic ulcer associated with autonomic dystonia.

Materials and research methods. The state of the autonomic nervous system was evaluated in 100 patients with peptic ulcer disease (PUD) of the stomach and duodenum. We used methods for determining vegetative reactivity, such as the Danini-