

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACASI
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACASI СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACASI ИННОВАЦИОН РИВОЖЛАНИШ ВАЗИРЛИГИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ



**“ПРОФИЛАКТИК ТИББИЁТДА
ЮҚОРИ ИННОВАЦИОН
ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ”**

**мавзусидаги республика
илмий – амалий анжумани**

МАТЕРИАЛЛАРИ

АНДИЖОН – 2020 йил

бешинчи мижозда “никобли” кечади (энг кўп учрайдиган турлари – инсультникобли, коллапсникобли ва аритмикникобли ифодаланиши) ва 2,7 фоиз вазиятларда, МИ қайси босқичида бўлишига қарамасдан, юрак тампонадаси таҳдид солиб туради.

Ушбулардан келиб чиқиб, МИ илк онларидан шошилиш профилактика дастурини тузиш ва уни даволаш – реабилитация протоколлариға фаол жорий қилиш ёки изчил амалга ошириш, ўйлаймизки, мақсадга мувофиқ бўлади. Бу борада клиник – эпидемиологик ва регистр мазмунидаги тадқиқотларни мамалакатимизнинг бошқа минтақаларида ҳам давом этдириш, хулосамизга, зарурият бўлиб қолган.

МИОКАРД ИНФАРКТИНИ АБОРИГЕН ПОПУЛЯЦИЯДА АСТМАСИМОН ВА ИНСУЛЬТСИМОН ШАКЛИ: КЛИНИК-ПРОФИЛАКТИК ТАВСИФЛАНИШИДА ҚАНДАЙ ЯНГИЛИК БОР

*Авазбеков Л.А., Мамасолиев Н.С., Усмонова Ф.Т., Мамасолиев З.Н.
АндДавТИ ва РШТЎИМ АФ*

Миокард инфарктини (МИ) кўп қирралари охириги европа, АҚШ ва Россия тавсияларида, ватанимиз ва хорижий тадқиқотчиларининг илмий, асосан клиник ишларида батафсил баён этилган.

Уларда “қизил чизик” билан эътироф қилина бошланган факт – бу, МИ билан беморларга ёрдамни ташкил қилишни барча босқичларида профилактик мултиқиррала ёндошув клиник мутахассислар билан “занжирбандлик” да қўлланилиши керак. Бу ишда устиворлик ролини олинган эпидемиологик қонуниятлар эгаллайдилар, айнан шундай клиник – профилактик тавсифлардан келиб чиқиб беморларни кузатиб бориш муваффақиятлар сонини оширади. Биз илмий натижаларимизни илгари эълон қилинган хулосаларида ҳам, масалан МИнинг бошқа шакллари мисолида, мана шундай тавсияларни Фарғона водийси шароитида тавсия этганмиз.

Тадқиқотнинг мақсади – миокард инфарктини Фарғона водийсининг абориген популяциясида астмасимон (АстМИ) ва инсультсимон (ИнсМИ) шакллари клиник-профилактик тавсифланишини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: Андижон шошилиш тез тиббий ёрдам илмий марказида уч йиллик клиник – эпидемиологик текширув амалга оширилиб, унда 1554 та беморлар комплекс тиббий текширув усуллари қўлланилиб ўрганилди ва улар асосида МИ ташхиси қўйилди, жумладан АстМИ ва ИнсМИ ажратилди.

Натижалар ва хулосалар: абориген маҳаллий популяцияда МИ қатор эндемик хусусиятларини намоён этиши аниқланди ва бу асосан, унинг атипик шаклланишида ифодаланишлари ҳам эътиборимизни тортди. Хусусан, АстМИ тарқалиш даражаси умумий 20-80 ёшли популяцияда 7,1 фоизни ташкил этиб учраши маълум бўлди. Эрак ва аёлларда деярли бирдай (6,9 фоиз ва 6,7 фоиздан, $p>0,05$) кузатилиши ҳам тасдиқланди. Ёш ўтиши таъсири бўлиб аниқланиш частотаси то 16,4 фоизгача (70-79 ёшлиларда) кўпаяди ($p<0,001$). Асосан 50 ёшдан учрай бошлайди: 50-59да – 5,3 фоиз, 60-69да – 7,2 фоиз, 70-79да – 16,4 фоиз ва 80 ёшдан кейин – 14,3 фоиз. Ёш гуруҳларга мансуб беморларда АстМИ умуман учрамаганлиги (0,0 фоиз), алоҳида мушоҳидалашни, бизнинг фикримизча, талаб этади.

ИнсМИ текширилган аҳоли популяциясида 2,7 фоиз частота билан кузатилади, 7,8 фоиз эракларда ва 2,4 фоиз кўрсаткичлар билан аёлларда ($p<0,01$). Эракларда мойиллик икки баробар кўп бўлиб тасдиқланади. Ёшга боғлиқ таҳлил қилганимизда, кўзга кўриндики, бундайн клиник кечиш ёшларга ва урта ёшлиларга хос эмас (0,0 фоиз), аксарият 60-69 ёш оралигида (3,6 фоиз), 70-79 ёш диапозонида (9,8 фоиз) ва 80дан кейин учрайди ($p<0,01$).

Демак, абориген аҳолида АстМИ ва ИнсМИ учрамайдиган клиник вазият эмас, ҳам эракларда ва ҳам аёлларда, лекин ишга боғлиқ холда тафовутланиб, эндемик янги хос клиник-профилактик тавсифланишлар билан қайд этилади.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКИ СИЛИКОЗА У РАБОТАЮЩИХ В ГОРНО-ДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ УЗБЕКИСТАНА

*Агамова Г.С., Ибраимова Н.У., Ташмухамедова М.К.
Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан*

Одной из важнейших задач, стоящих перед руководством горнорудной промышленности и системой здравоохранения Республики Узбекистан является профилактика и снижение профессиональной заболеваемости работников горнорудной промышленности. Согласно литературным данным предприятия горно-металлургической промышленности до настоящего времени остаются наиболее опасными по развитию силикоза (20,4%). Силикоз является одним из наиболее распространенных заболеваний бронхолегочной системы в структуре профессиональной патологии среди работающих в горнорудной промышленности. Силикоз характеризуется стойкими диффузными изменениями в легких в основном фиброзного типа, проявляющиеся диссеминированными процессами узелкового или интерстициального характера.

В диагностике силикоза используется комплекс методов исследования, в том числе лучевая диагностика (рентгенография и компьютерная томография легких).

В зависимости от характера изменений легочной ткани различают интерстициальный, узелковый и узловые типы пневмофиброза.

Цель: оценить особенности формирования рентгенологических изменений в легких при силикозе от воздействия кремнийсодержащей пыли в современных условиях и определить возможность применения компьютерной томографии легких с целью диагностики заболевания. Нами использован комплекс клинических, лабораторных, рентгенологических и математико-статистических методов исследований.

Объектами исследований являлись 60 больных работавших на основных производствах Алмаликского горно-металлургического комбината. По профессии это проходчики, грохотовщики и машинисты конвейеров работавших под воздействием кремнийсодержащей пыли, превышающих ПДК.

По возрасту преобладают лица молодого возраста 30-50 лет средний возраст составляет $39,6 \pm 1,2$ лет. По стажу в основном рабочие со стажем до 10 лет и средний стаж работы в подземных условиях составляет $10,9 \pm 0,8$ лет.

Результаты исследования: по результатам рентгенографического исследования легких выявленная патология представлена следующим образом: силикоз I стадии, то есть признаки интерстициального фиброза – 22 больных, II стадии (узелковая форма) – 35 больных, III стадии – 4 больных.

Проведена компьютерная томография легких у 12 больных с узелковой формой заболевания. Данные компьютерной томографии позволили уточнить у больных степень выраженности узелкового фиброза и сопутствующих изменений.

Выводы: рентгенография легких является основным методом диагностики пневмокониозов. Метод компьютерной томографии легких дает существенную дополнительную информацию у пациентов с силикозом, позволяющую установить стадию болезни, т.к. можно обнаружить увеличение числа и размеров узелков, соединение узелков и развитие конгломератных масс, а также установить появление участков некроза и кавитации. Учитывая, что классификация пневмокониозов при использовании компьютерной томографии не разработана, следовательно, она может использоваться лишь в отдельных клинических случаях и может рекомендована проведение её в следующих случаях: при сомнительных (подозрительных на силикоз) данных рентгенологического исследования, а также для оценки динамики процесса; при патологических изменениях функции легких, но с нормальной рентгенографией грудной клетки.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА – НЕОБХОДИМЫЙ ЭТАП ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Агранович Н.В., Анопченко А.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность исследования. Регулярная физическая активность позволяет пожилым людям не только предотвратить развитие многих хронических заболеваний, снизить частоту обострений уже имеющихся хронических заболеваний, но также сохранить на должном уровне физическую форму, т.е. гибкость и подвижность суставов, эластичность мышц, а значит, способность сохранять равновесие и двигаться. Физические нагрузки также позитивно влияют на гормональную регуляцию липидов крови, улучшают периферическое кровообращение, у больных «омолаживаются» организм, повышается психологический профиль, нормализуются показатели качества жизни.

Одним из эффективных способов немедикаментозного поддержания здоровья, сохранения активности, а также важным элементом лечения заболеваний является лечебная физическая культура.

Лечебная физическая культура является эффективным средством профилактики, лечения, реабилитации, а также поддержания уровня работоспособности людей с заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата, нормального функционирования всех систем организма и предупреждения гиподинамии.

Занятия лечебной физической культурой у пожилых пациентов должны проводиться с учетом анатомо-физиологических особенностей. Лечебная физическая культура назначается только врачом и проводится строго по его назначению обычно в учреждениях здравоохранения – больницах, поликлиниках, санаториях и т.д.

Цель исследования. Провести анализ эффективности немедикаментозных методов в комплексном лечении пожилых больных с артериальной гипертензией I-II степени, занимающихся лечебной физической культурой.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе кафедры поликлинической терапии Ставропольского медицинского университета (г. Ставрополь). Объект исследования – 64 пожилых пациента (42,2% мужчин и 57,8% женщин), находившиеся под наблюдением по поводу артериальной гипертензии I-II степени. Средний возраст пациентов составил $65,2 \pm 2,4$ лет. Контрольная группа – 25 человек с артериальной гипертензией, не занимавшиеся физической нагрузкой.

В течение 12 месяцев пациенты основной группы занимались физическими упражнениями по разработанной методике с инструктором лечебной физической культуры по одному часу 3 раза в неделю. Через месяц от начала занятий, при хорошем самочувствии пациента, нагрузка постепенно возрастала за счет увеличения количества повторений упражнений.

Для оценки влияния физической нагрузки на качество жизни и метаболический обмен пациентов были выбраны следующие методики: биохимические показатели: холестерин, липопротеиды низкой плотности, триглицериды, а также гомоцистеин, являющийся маркером развития артериальной гипертензии; инструментальные методы исследования: спирография: объем форсированного выдоха, форсированная жизненная емкость легких, индекс Тиффно; опросники: шкала качества жизни SF-36, опросник «Тест дифференциальной самооценки функционального состояния». Контрольные точки: 6 и 12 месяцев.

Результаты. Проведенный анализ данных выявил стабильную динамику снижения содержания холестерина с $7,1 \pm 1,2$ до $6,1 \pm 0,2$ ммоль/л; липопротеиды низкой плотности – с $5,6 \pm 1,0$ до $4,7 \pm 0,7$ ммоль/л; триглицериды – с $1,9 \pm 0,2$ до $1,5 \pm 0,1$ ммоль/л; гомоцистеин достоверно снизился с $23,7 \pm 1,2$ мкмоль/л до $11,4 \pm 1,1$ мкмоль/л. У пациентов контрольной группы достоверных изменений не отмечено.

Спирографическое исследование данных больных при систематических занятиях физическими упражнениями начала проследиваться тенденция к улучшению данных показателей следующим образом: объем форсированного выдоха - с $66,6 \pm 5,2$ до $76,4 \pm 7,5\%$; форсированная жизненная емкость легких - с $65,8 \pm 4,6$ до $75,2 \pm 8,3\%$; индекс Тиффно - с $73,1 \pm 6,4$ до $87,6 \pm 8,1\%$.

Анализ результатов исследования показал, что у пациентов основной группы через 12 месяцев показатели качества жизни достоверно повысились и составили: сумма физического здоровья – $252,28 \pm 24,4$; сумма психического здоровья – $261,1 \pm 23,8$ соответственно. По опроснику теста дифференциальной самооценки функционального состояния: «самочувствие» – 5,5 «активность» – 5,4 «настроение» – 5,8 баллов.

Выводы. Проведенное исследование наглядно демонстрирует важное значение средств лечебной физкультуры в системе восстановительных мероприятий и адаптации организма пациентов пожилого возраста с артериальной