

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2020

2011 йилдан чиқа бошлаган

ТОШКЕНТ ТИББИЙОТ АКАДЕМИЯСИ АХБОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации
Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года
реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,
Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Спецвыпуск Вестник ТМА 2020

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. Л.Н.Туйчиев

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Даминов Т.А.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

Члены редакционоого совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Аюпова Ф.М. (Ташкент)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

проф. Шомирзаев Н.Х. (Ташкент)

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. L.N.Tuychiev

Deputy Chief Editor

prof. O.R.Teshaev

Responsible secretary

prof. F.Kh.Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Daminov T.A.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazzyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

EDITORIAL COUNCIL

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Ayupova F.M. (Tashkent)

prof. Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagazatova B.X. (Tashkent)

prof. Shomirzaev N.Kh. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30
of December 2013 in Medical Sciences department OF SUPREME

ATTESTATION COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,
4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. I. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

СОДЕРЖАНИЕ

Jae Wook Choi	6
ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО РЕКТОРА ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ А.К.ШАДМАНОВА НА 7- МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОРГАНИЗОВАННОГО МЕЖДУ ТМА И УНИВЕРСИТЕТОМ КОРЕЌ	7
KOREA’S RESPONSE TO COVID-19 IN PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE Byungyool Junni	8
CIVIL WAR AND POLITICIZATION OF COVID-19 PUBLIC HEALTH Jae Wook Choi (MD, PhD)	24
NON-SPECIFIC PREVENTION CORONAVIRUS COVID-19 G’aniev A.G., Nazarov K.D., Masharipova R.T., Alieva P.R.....	48
INFLUENCE OF ECOLOGICAL FACTORS ON THE DEVELOPMENT AND PROGRESS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN Khalmatova B.T., Tashmatova G.A.	50
COVID-19 ASSOCIATED CAVERNOUS SINUS THROMBOSIS Oripov O.I., Bilalov E.N., Umarov R.Z.....	52
COVID-19 ПАНДЕМИЯСИНИ КАМАЙТИРИШДА АҲОЛИ ОРАСИДА ТИББИЙ-ГИГИЕНИК ТАРБИЯНИНГ АҲАМИЯТИ Абдуллаев И.К., Курбанов С.Р., Матякубов Ж.Р.....	54
ДИЕТОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ COVID -19 В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ Абдуллаев Р.Б., Азизова Ф.Л., Палванова У.Б.....	58
“А” ТОИФАСИДАГИ ХОДИМЛАРНИНГ ФИЗИОЛОГИК КУНЛИК ОВҚАТЛАНИШ МЕЪЁРЛАРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ Абдукадирова Л.К., Саломова Ф.И.....	61
ИОНЛАНТИРУВЧИ НУР МАНБАЛАРИ БИЛАН ИШЛОВЧИ «А» ТОИФАСИДАГИ ХОДИМЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШ ХОЛАТИНИ ЎРГАНИБ БАХОЛАШ. Абдукадирова Л.К., Садуллаева Х.А., Абдуллаева Ў.....	63
COVID-19 ВИРУСИНИНГ ИНСОН РУҲИЯТИГА ТАЪСИРИ ВА ОҚИБАТЛАРИ БЎЙИЧА ИЛК ПСИХОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАР Аваязова Д.Ш.....	66
ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА СОСУДОВ (VEGF) ПРИ ПОЛИПО- ЗНОМ РИНОСИНОСИТЕ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ Авезов М.И., Курязов А.К., Эсамуратов А.И.	68
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ СОЕВОГО БЕЛКОВОГО ИЗОЛЯТА Алимухамедов Д.Ш., Шайхова Г.И., Алимухамедова М.П.....	71
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19 НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА Артиков И.А., Юсупов Ш.Р.....	75
ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ Ахмадалиева Н.О., Саломова Ф.И., Зоитова Д.Б., Курбаниязова М., Арифова С.Б., Мажидов Р.....	78
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Аюпова Ф.М. Нигматова Г.М., Миродилова Ф.Б.....	81
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ Бакиева Ш.Х., Бабажанов Т.Ж.....	83

СУРУНКАЛИ ЛИМФОЛЕЙКОЗ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОЛЛАРДА КОВИД-19 ЎЗИГА ХОС КЛИНИК КЕЧИШИ	
Болтоева Ф.Г., Машарипова И.Ю., Нурметова Ю.Б.....	86
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА ОБЪЕКТАХ ОРГАНИЗОВАННОГО ПИТАНИЯ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ И БОРЬБЕ С КОРОНОВИРУСОМ В ВОЕННЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ	
Воронина Н.В., Хаширбаева Д.М.....	89
SARS-COV-2 (COVID-19) КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШДА ИЖТИМОЙ КАНАЛЛАРНИНГ ЎРНИ	
Ибадуллаева С.С., Юсупова О.Б., Акназарова Д.Б., Икрамова Н.А.....	91
ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ ТРУДА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	
Искандарова Г.Т., Самигова Н.Р.....	95
ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ И НОМЕНКЛАТУРА ПОКАЗАТЕЛЕЙ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧВЫ	
Искандарова Ш.Т., Хасанова М.И.	97
ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН	
Калниязова И.Б., Абдукахарова М.Ф., Неъматова Н.У., Айтимбетов С.Е.....	102
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА COVID-19 В НАВОЙСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА	
Мустанов А.Ю., Матназарова Г.С., Миртазаев А.М., Брянцева Е.В., Хамзаева Н.Т., Худайбергенов М.Р., Хасанов Р.У.....	103
АҲОЛИНИНГ САНИТАРИЯ-ЭПИДЕМИОЛОГИК ОСОЙИШТАЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЧЕКЛОВЧИ ТАДБИРЛАР - КАРАНТИН ДАВРИДА АҲОЛИНИНГ АЙРИМ ФИКР МУЛОҲАЗАЛАРИ	
Наимова З.С., Қурбанова Ҳ.А., Ҳакимова Х.Х.	107
ТОШКЕНТ ШАҲРИДА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ВА ЭХИНОКОККОЗНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ	
Расулов Ш.М., Матназарова Г.С., Миртазаев О.М., Кадирова З.А., Миртазаева Н.А.....	109
ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОК-КЭКТОМИЕЙ ПЕЧЕНИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID – 19	
Рузибаев Р.Ю., Рузматов П.Ю., Якубов Ф.Р., Сапаев Д. Ш., Рузметов Б. А.	112
МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАР САЛОМАТЛИГИГА АТМОСФЕРА ҲАВОСИНИНГ ТАЪСИРИ	
Садуллаева Х.А., Саломова Ф.И., Шерқўзиёва Г.Ф., Азимова М.	115
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛЛАРНИ ДАВОЛАШГА МЎЛЖАЛЛАНГАН ДАВОЛАШ- ПРОФИЛАКТИКА МУАССАСАЛАРИ ШАРОИТЛАРИНИНГ ГИГИЕНИК ТАВСИФИ	
Саломова Ф.И., Азизова Ф.Л., Тешаев О.Р., Шерқўзиёва Г.Т., Садуллаева Х.А., Ахмадалиева Н.О., Турғунов С.Т., Истамов А.И., Ёкубов М.С., Ҳакимова Д.С.	118
ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ НУКУС ТУМАНИ ИЧИМЛИК СУВИ СИФАТИНИ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ ВА БУЙРАК-ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИ КЕЛИБ ЧИҚИШИДА АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ	
Саломова Ф.И., Ильясова А.Ж., Абдуллаева У.Я.	125
ОЦЕНКА МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГИИ	
Хегай Л.Н., Рахманов А.Х., Ниязова З.А., Сыдиқов А. А.	129
МАКТАБГАЧА ВА МАКТАБ ЁШИДА ОКСАЛАТ НЕФРОПАТИЯЛИ БОЛАЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШИ ВА ОЗИҚ-ОВҚАТЛАР СИФАТИНИ ГИГИЕНИК ТАҲЛИЛИ	
Шайхова Г.И., Тажиева З.Б.	131
COVID-19 УЧУН МАХСУС КАСАЛХОНАЛАРДА ДАВОЛАНАЁТГАН БЕМОЛЛАР ОВҚАТЛАНИШИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ	
Шайхова Г.И., Саломова Ф.И., Отажонов И.О., Тошматова Г.О., Шарипова С.А.	136



DEAR ALISHER SHADMANOV

It is a pleasure to meet you and many professors, students and graduate students of Tashkent Medical Academy through online meeting.

As you know, we didn't do much in 2020 because of COVID-19. It is very regrettable that I could not invite professors and students from TMA to study in Korea, and Korea University professors and students from Korea did not have time to visit TMA for conferences and joint research. In fact, from this year on, we tried to start a clinical medicine education and training project beyond the exchange with the Faculty of Preventive Medicine, but it is very unfortunate that was delayed.

Uzbekistan and Korea both were suffered from COVID-19 and I think it will follow for a few more months. And I know that the situation of COVID-19 in Uzbekistan has improved a lot. On the contrary, Korea has become very difficult because it has become a bad situation with 500 to 600 patients a day. However, starting next

year, all countries will be free from COVID-19.

Thanks to President Shavkat Mirziyoyev and Minister Alisher Shadmanov, I am honored to have the opportunity to join and respond to COVID-19 in Uzbekistan. Now it will be able to manage COVID-19 in Uzbekistan well.

At that time, I look forward to revitalizing the many cooperative projects that TMA and Korea University had postponed and to see you more often. In particular, I saw excellent papers by professors of Tashkent Medical Academy presenting their research results at today's conference. I am looking forward to the publication of very good papers, and a another good paper on COVID-19 in Uzbekistan has been published in the best Korean magazine as an SCI paper in English. I am very honored to be an opportunity to share the it's results with you.

TMA and Korea University are still conducting joint research by collecting and organizing research data at TMA, and we are expecting the results of this research to be published in international journals soon. And I believe that joint research and cooperative projects will be further activated.

Once again, congratulations on holding the 7th International Conference today.

Thank you. Jae Wook Choi.

Korea University, Institute of Occupational & Environmental Health.

Thank you. Jae Wook Choi.

Korea University, Institute of Occupational & Environmental Health



ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО РЕКТОРА ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ А.К.ШАДМАНОВА НА 7-МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОРГАНИЗОВАННОГО МЕЖДУ ТМА И УНИВЕРСИТЕТОМ КОРЁ

В 2016 году был подписан меморандум между Ташкентской медицинской академией и Университетом Корё, направленный на “Улучшение образования в области здравоохранения в ТМА”. В результате совместной работы профессоров ТМА и КУ в 2017 году организована кафедра Гигиены окружающей среды; создана нормативно-правовая база магистратуры совместно с профессорами КУ; с 2017-2018 учебного года идет подготовка специалистов по направлению магистратуры 5А510302- “Окружающая среда и здоровье человека” по совместной программе; в соавторстве с профессорами КУ подготовлены 2 учебника для студентов магистратуры магистратуры 5А510302- “Окружающая среда и здоровье человека”; в 2018 году создан “Совместный научно-исследовательский центр ТМА-КУ”; 2 молодых учёных ТМА обучаются в докторантуре в университете Корё; в 2016-2020 годах было организовано 6 международных симпозиумов. Сегодняшняя 7

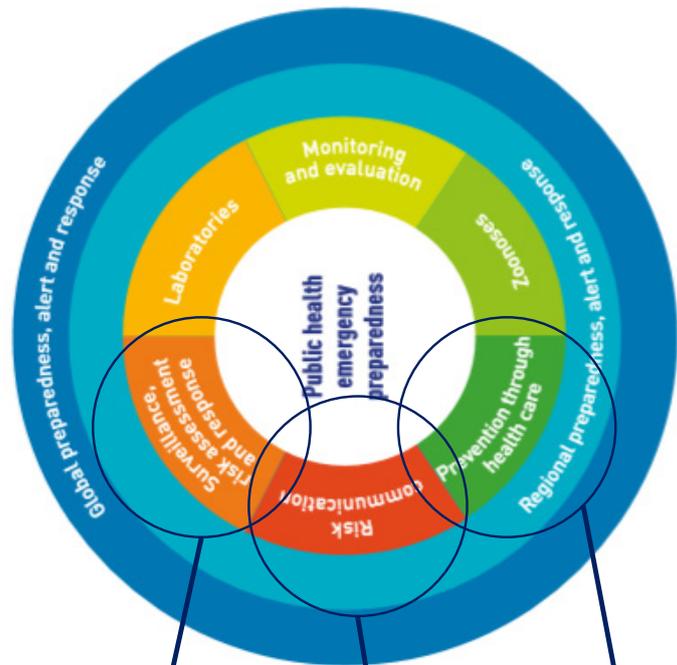
конференция посвящена обсуждению вопросов по пандемии COVID – 19 и экологии, обмен мнениями и опытом. В настоящее время, по официальным данным Всемирной организации здравоохранения, в мире произошла пандемия коронавируса нового типа. В мире зарегистрировано свыше 65,3 млн. случаев заболевания COVID-19, в результате которого погибло более 1,5 млн человек. К сожалению, в настоящее время не существует эффективных специфических методов лечения COVID-19. Проводятся многочисленные исследования по изучению эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клиники и лечения COVID-19. Пока отсутствуют доказательства того, что пациенты, выздоровевшие от COVID-19, защищены от повторной инфекции. Необходим мониторинг лиц с антителами против SARS-CoV-2 в сравнении с лицами без них с оценкой частоты инфицирования SARS-CoV-2 и развития COVID-19 в течение длительного периода (не менее одного года). Доклады которых прозвучать на сегодняшней конференции будет полезным для молодых учёных и педагогов.

Пользуясь случаем позвольте поздравить всех участников и пожелать успехов в работе конференции!

Korea's Response to COVID-19 in Public Health Perspective



Recommendations from WHO-ROK Joint Mission on MERS outbreak in 2015



Early identification and monitoring of all contacts

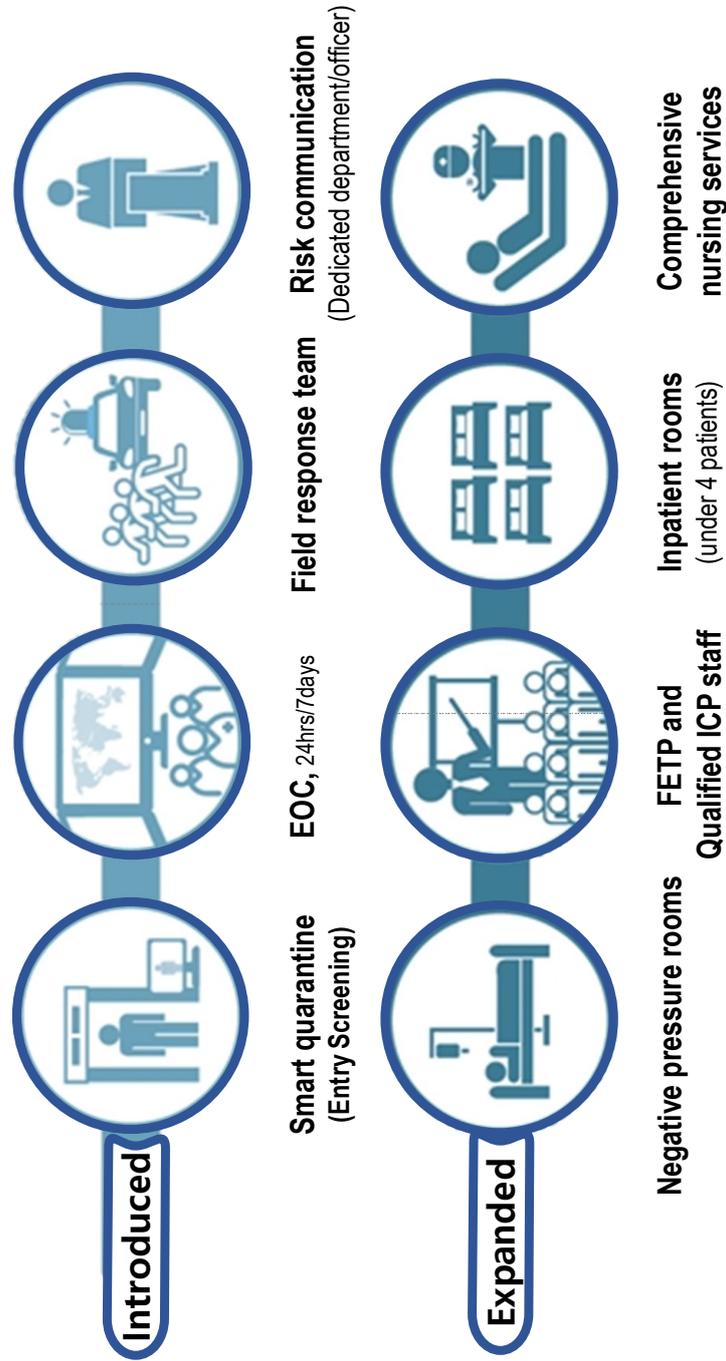
Regular provision of information to the public including Prompt information sharing

Strengthening capacity of medical facilities including training experts for infection control and prevention, laboratory

<Core elements of APSED* III>
* Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases and Public Health Emergencies



Public Health Emergency Preparedness & Response



COVID-19 Response Strategies

Goal: Minimizing health and economic damage



- Testing ALL suspected cases
- Home quarantine
- Contact tracing



- Daily briefing
- Social distancing guidance
- Encouraging adoption of precautionary practices



- Patient screening
- Providing appropriate level of care based on severity (mild, moderate, severe)



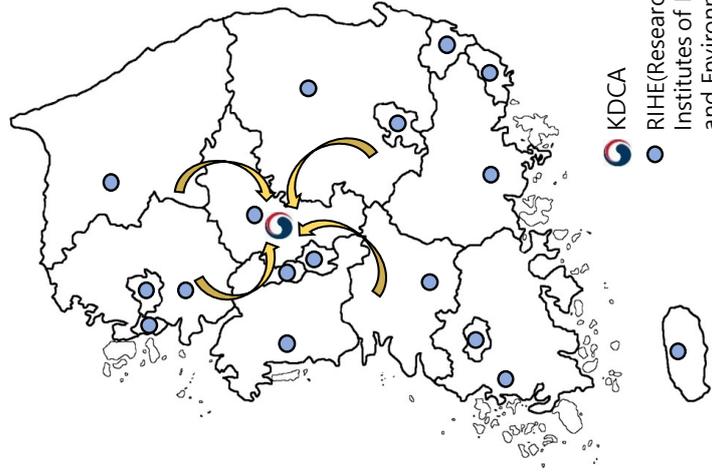
Korea Disease Control and
Prevention Agency

Government Responses

Classification	1 st phase (Jan 20 ~ Feb 17)	2 nd phase (Feb 18 ~ May 5)	3 rd phase (May 6 ~ Aug 11)	4 th phase (Aug 12 ~ Oct 11)	5 th phase (Oct 12 ~ current)
	Case import from abroad	Large scale outbreak	Small cluster outbreaks	Small to medium sized cluster outbreak	Small sized cluster outbreak
Number of patients	30	10,774	3,856	5,789	608
Proportion of imported cases	56.7% (17/30)	10.1% (1,085/10,774)	31.5% (903/2,868)	4.8% (277/5,789)	36.5% (222/608)
Number of deaths and fatality rate	1 (3.3%)	275 (2.6%)	33 (0.9%)	19 (0.3%)	18 (2.9%)
Virus type (clade)	<ul style="list-style-type: none"> S, V Majority of cases were due to individual import from overseas (esp. from China) 	<ul style="list-style-type: none"> S, V GH appeared High proportion of young female cases from religious community cluster (<i>Sincheonji</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Mostly GH S, V decreased Small gatherings The proportion of middle aged men was increased (<i>Itaewon clubs</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Mostly GH Sharp increase in cases from mass demonstration in <i>Gwanghwamun</i> Number of patients with critical symptoms increased 	<ul style="list-style-type: none"> (Under analysis) Clusters among high risk population (in nursing homes, convalescent hospitals, etc.)
Characteristics					
Strategy	<ul style="list-style-type: none"> Blocking import from high risk region 	<ul style="list-style-type: none"> Enhanced Social Distancing (04.01~) All incoming international travelers to be quarantined for 14 days 	<ul style="list-style-type: none"> Social Distancing Launch of Distancing in Daily Life Three T's 	<ul style="list-style-type: none"> Enhanced Social Distancing Three T's 	<ul style="list-style-type: none"> Distancing in Daily Life (Lvl 1) Raised to Level 1.5 on November 19 Mandatory mask wearing in public area (10.13~)

3T Strategies: Testing

- **Operating tiered laboratory network from the national to the local level that is evenly distributed throughout the country**
 - Hospitals and other commercial facilities → 256 Public Health Centers → 18 RIHES → KDCA
- **Establishing specimen transport arrangement**
 - Specimens can be transferred to the KDCA for confirmatory testing by emergency transportation arrangement
- **Development of laboratory capacity to diagnosis of infectious diseases**
 - KDCA is able to test and analyze nationally notifiable infectious disease
 - Developing laboratory test methods to identify unknown and emerging infectious diseases
- **Operating Emergency Use Authorization(EUA) system**
 - EUA permits temporary use of unapproved in vitro diagnostic devices during infectious disease outbreak

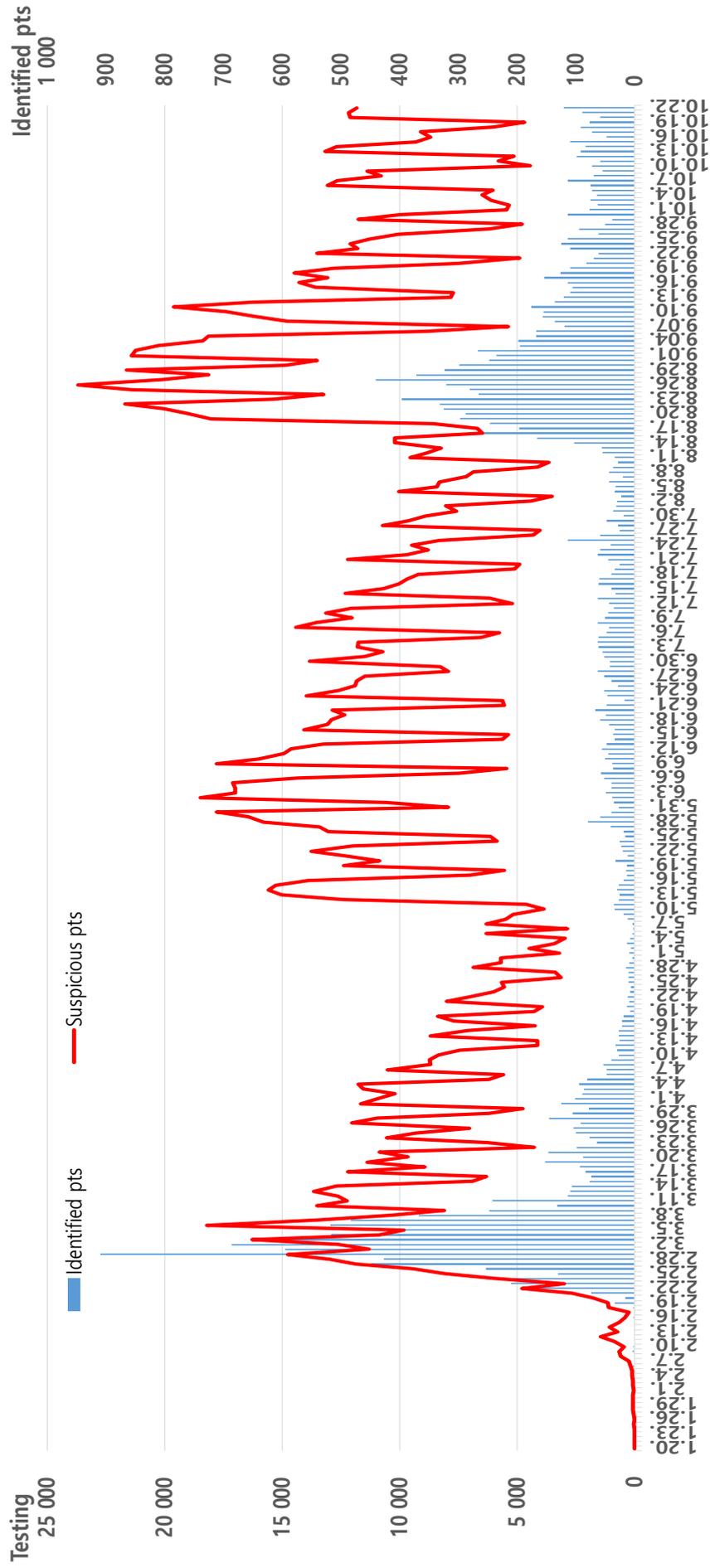


 KDCA

 RIHE(Research Institutes of Health and Environment)

 Korea Disease Control and Prevention Agency

Number of Identified and tested patients



3T Strategy : Testing

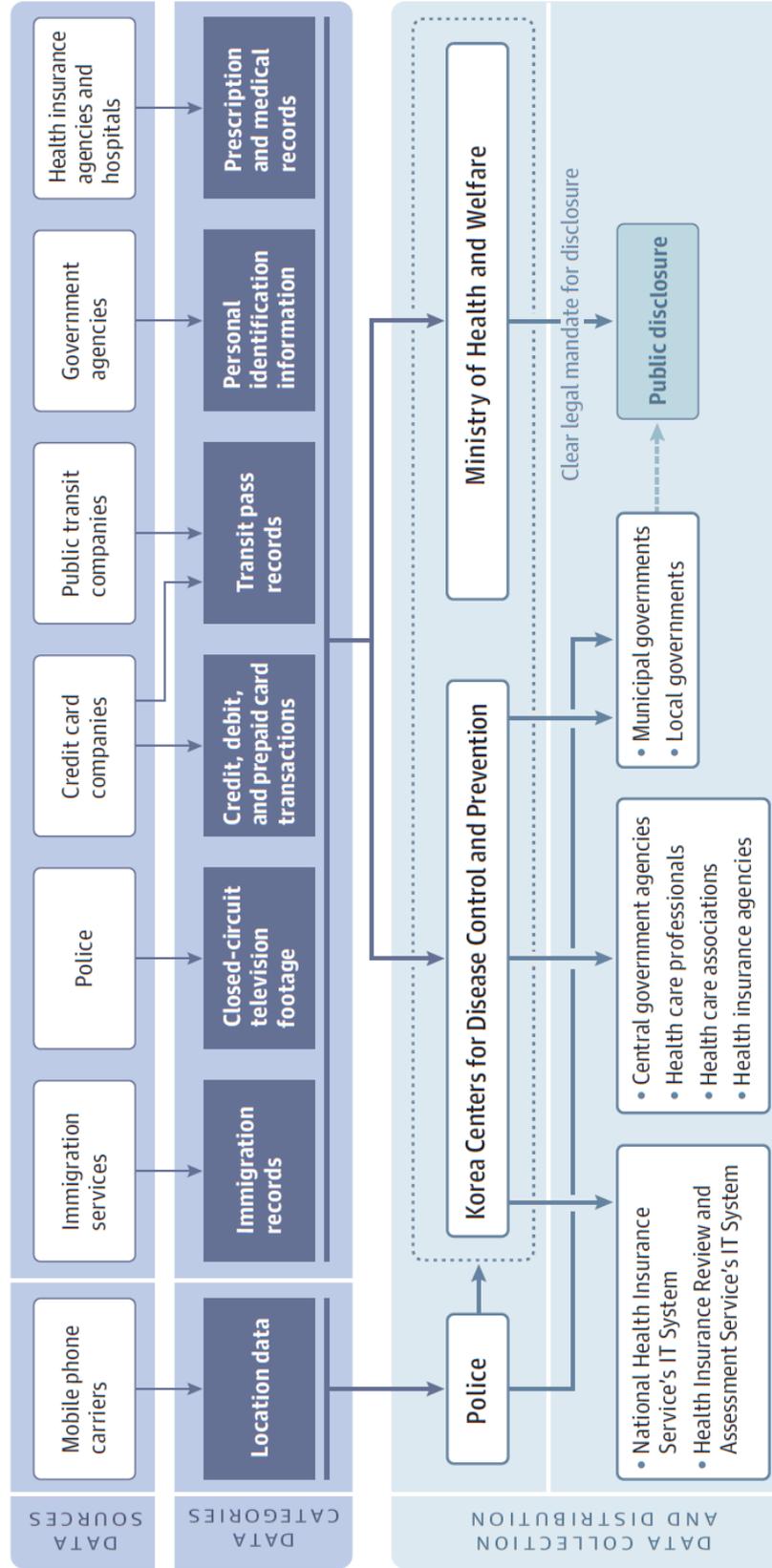
Ensuring early patient detection through screening stations and diagnostic testing

Drive-Thru sample collection

Walk-Through Screening stations

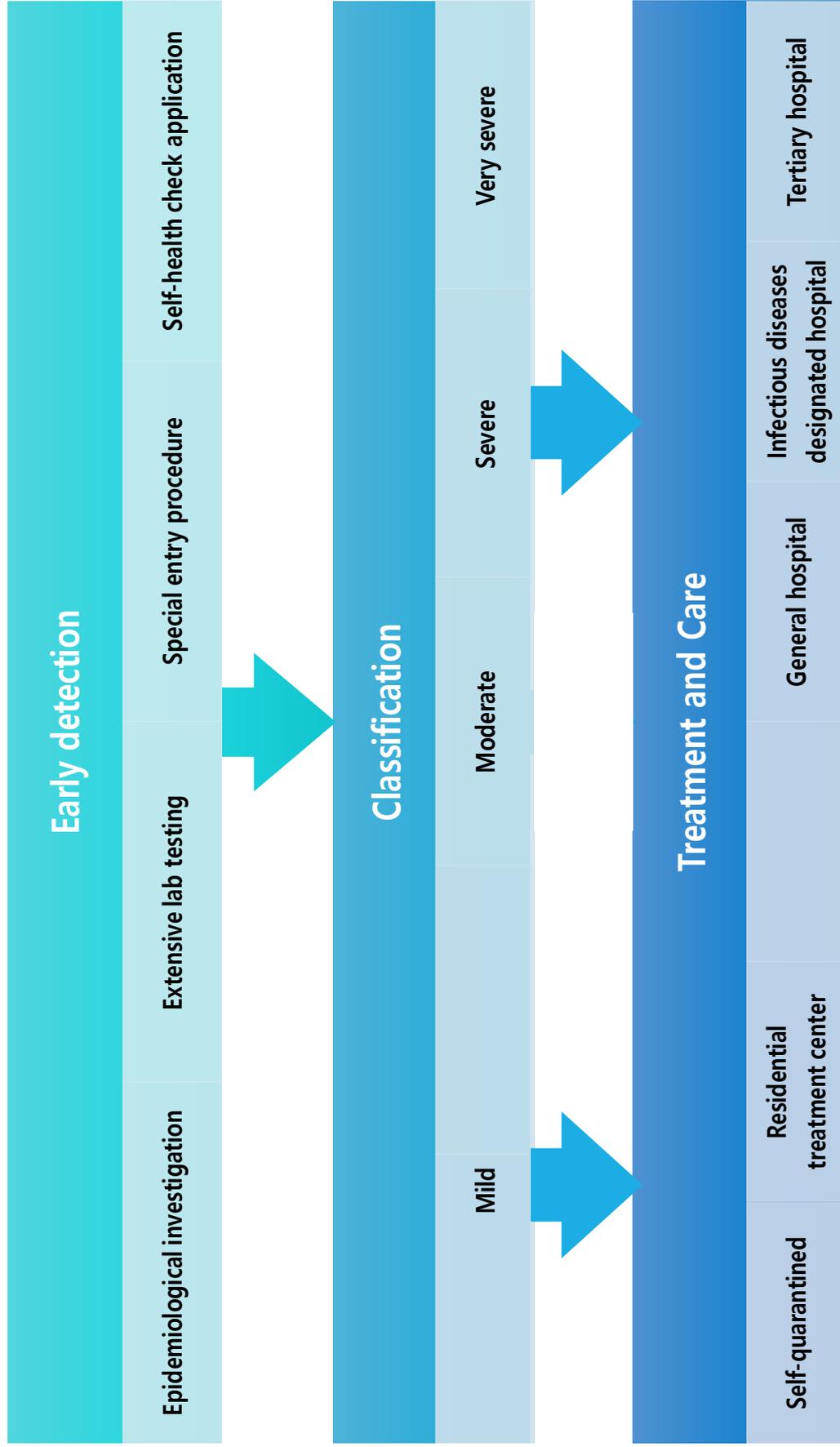


3T Strategy : Tracing



3T Strategy: Treatment

Treatment and care system differentiated based on severity



3T Strategy: Treatment Residential Treatment Centers for mild patients



Risk Communication – Daily Briefing & Social Media



2020.2.27. 

코로나19 을바른 마스크 착용법

**“ 마스크 착용으로 감염병 ”
예방할 수 있습니다**



1/4

Social distancing & Distancing in daily life campaign

As of 23 March

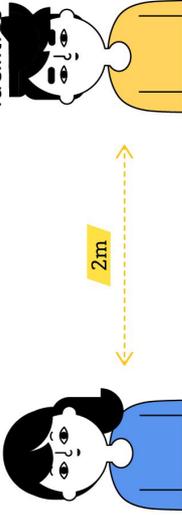
Avoid physical contact with other people.

Put 2-meter "healthy distance" between yourself and others.

No night out

No religious gathering

No indoor fitness facilities



보건복지부 질병관리본부

For the next 15 days, please participate in enhanced social distancing.

Stay home as much as possible.
Cancel or postpone non-essential travel, events, and social gatherings.

High-risk facilities are strongly recommended to suspend operation.
Religious facilities, indoor fitness facilities, nightlife venues

Venues that remain in operation must strictly comply with the infection prevention guidelines.

보건복지부 질병관리본부

AS OF 21 March

As of 6 May

A NEW ROUTINE DISTANCING IN DAILY LIFE

Stay home for 3~4 days if you're sick.

Keep a distance of two arms' length between you and other people.

Wear a facemask in: ① any indoor publicly used venue ② outdoor environment if you can't keep 2 meter distance from other people

Wash your hands for 30 seconds. Cough/sneeze into your sleeve.

Ventilate your space at least twice a day and disinfect regularly.

Keep in touch with family and friends while maintaining physical distancing.

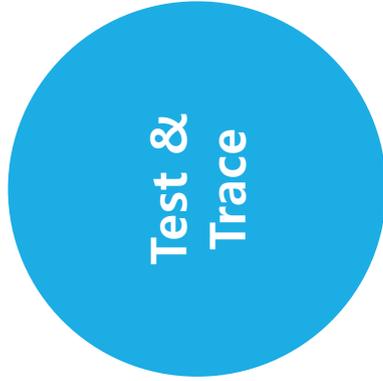
A new routine to keep COVID-19 away, **let's make it happen together.**



보건복지부 질병관리본부

Future COVID-19 Respond measures

Goal : Harmonizing Health Security and Economic Growth



- Capacity Building of EIS officers
- Focusing High-risk Population

** EIS: Epidemic Intelligence Service*



- Mental Health Protection
- Segmentation of Social Distancing Level (3 to 5 tiers)
- Extra support for vulnerable population



- Regional arrangement of Hospital Resources
- Central Monitoring System
- Dedicated Respiratory Hospital



Korea Disease Control and Prevention Agency

COVID-19 Pandemic & International partnerships



- **Event-based surveillance**
- **Risk Assessment**



- **Emerging infectious diseases**
- **Local outbreaks**



- **Sharing knowledge, experiences and lessons learnt**

Thank you for your attention

Civil war and politicization of COVID-19 public health

Professor. Jae Wook Choi (MD, PhD)

Professor, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Korea University

Director, Institute of Environmental Health, Korea University

Chairman, Scientific Review Committee, Korea Medical Association

President, Korean Society of Global Health



1

Scientific Evidences on Social Distancing(SD)

2

Issues & Dispute on Herd Immunity & SD

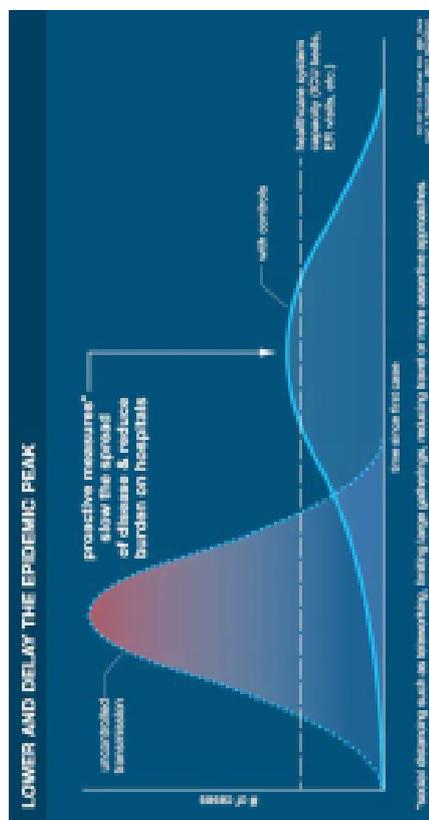
3

Conclusions and Remarks

2

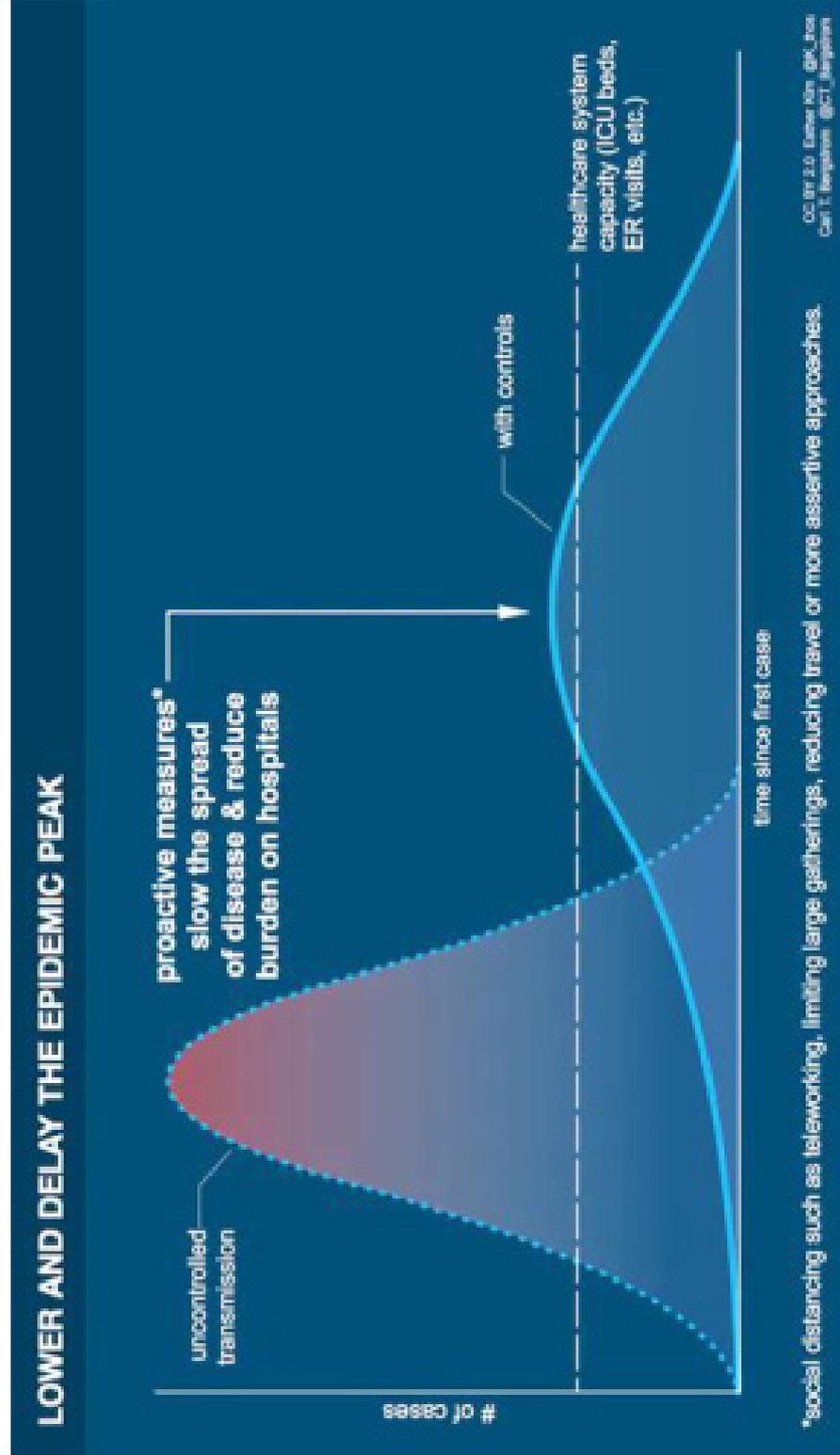
1

Scientific Evidences on Social Distancing



**Every new infectious
disease has first patient,
and it is spread by index
patient**

1.1 Effect Model of Social Distancing



The implementation of
strong and immediate social
distancing response give a time
to the healthcare service system
and quarantine authorities
to get ready

1.2 SDGs Report 2020 / Covid-19 performance indicators



Table 1

Covid-19 pilot Index and performance indicators for the OECD countries

Rank	Country	Covid Index	Deaths Per Million	Effective Reproduction Rate (ERR)	Epidemic Control Efficiency (ECE)	ERR Decline	Mobility Decline
1	South Korea	0.90	5.00	0.76	0.63	0.96	0.10
2	Latvia	0.78	9.34	0.95	0.29	0.63	0.24
3	Australia	0.76	3.88	1.06	0.27	0.67	0.24
4	Lithuania	0.75	17.85	0.90	0.15	0.61	0.36
5	Estonia	0.75	46.14	0.94	0.21	0.73	0.31
6	Japan	0.73	5.08	1.25	0.29	0.70	0.16
7	Slovenia	0.72	49.18	0.83	0.07	0.78	0.46
8	Slovak Republic	0.72	4.77	0.96	0.07	0.74	0.42
9	New Zealand	0.71	4.34	0.80	-0.03	0.86	0.44
10	Norway	0.71	42.17	1.13	0.18	0.72	0.30
11	Greece	0.71	14.07	0.99	0.07	0.62	0.43
12	Denmark	0.70	92.00	1.11	0.19	0.73	0.29
13	Czech Republic	0.70	26.53	1.11	0.11	0.67	0.33
14	Finland	0.69	49.13	1.18	0.12	0.65	0.32
15	Hungary	0.68	43.48	1.14	0.06	0.63	0.32
16	Austria	0.65	70.13	1.16	0.00	0.58	0.44
17	Israel	0.64	29.04	1.22	-0.06	0.82	0.42
18	Luxembourg	0.64	166.13	0.95	-0.07	0.78	0.50

1.3 Effects of Social Distancing

Why has COVID-19 lockdown compliance varied between high- and low-income countries?
© 2020 PPIE

LOCKDOWN COMPLIANCE

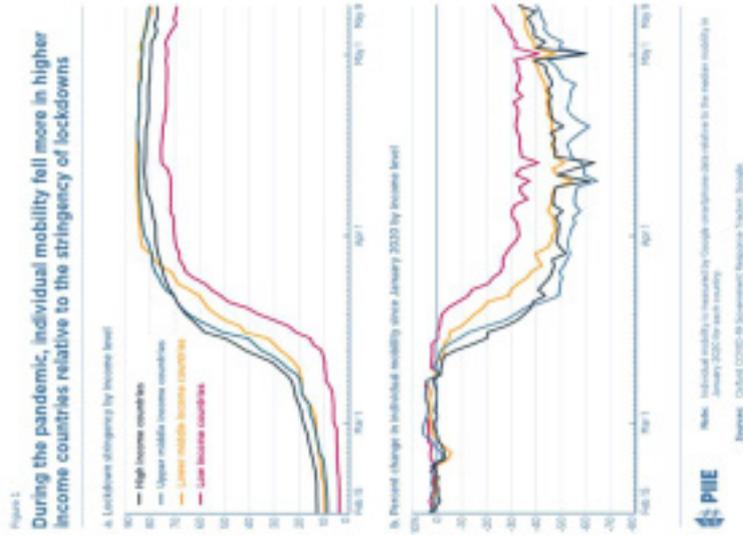


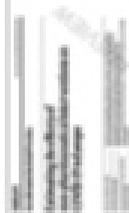
TABLE 1: DESCRIPTION OF COUNTRIES (BASED ON BY COUNTRY INCOME GROUP)

Income groups	High income countries	Upper middle income countries	Lower middle income countries	Low income countries
Population	1.00%	11.2%	51.0%	37.8%
GDP	34.1%	21.4%	33.4%	11.1%
Share of population aged 18 or older	70.6%	67.6%	61.7%	50.8%
Share of population aged 65 or older	15.6%	10.2%	10.2%	12.8%

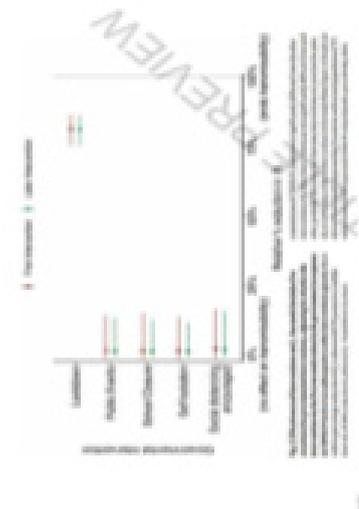
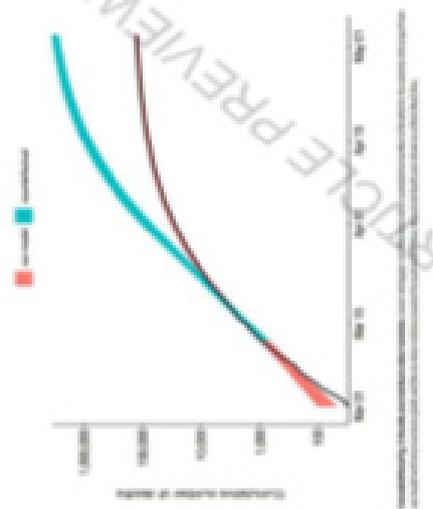
- Compliance: MIC > LIC or HIC
- Response weaker in LIC due to extreme poverty, perception of risk, vulnerable employment, & demographics

© 2020

1.3 Effect of Non-pharmaceutical Interventions



EFFECT OF NPI'S IN EUROPE



Extended Data Table 1: Total (cumulative) deaths since the beginning of the epidemics up to 4th May from model and from non-pharmaceutical model (assuming no intervention had taken place)

Estimated deaths since the beginning of the epidemics up to 4th May in our model in a non-pharmaceutical model assuming no interventions had taken place

Country	Observed (see results)	Model estimated deaths up to 4th May	Model estimated deaths up to 4th May (assuming no interventions had taken place)	Difference between non-pharmaceutical and actual
Italy	800	620 (342-132)	84,000 (80,000-88,000)	83,380 (80,000-86,000)
Spain	17,000	17,000 (16,000-18,000)	130,000 (125,000-135,000)	113,000 (108,000-118,000)
France	400	390 (380-400)	34,000 (33,000-35,000)	33,610 (33,000-34,000)
Germany	24,000	24,000 (23,000-25,000)	190,000 (185,000-195,000)	166,000 (161,000-171,000)
UK	20,000	20,000 (19,000-21,000)	170,000 (165,000-175,000)	150,000 (145,000-155,000)
Norway	200	200 (170-230)	15,000 (14,000-16,000)	14,800 (14,000-15,000)
Sweden	2,000	2,000 (1,500-2,500)	40,000 (39,000-41,000)	38,000 (36,000-40,000)
Netherlands	1,000	1,000 (1,000-1,000)	14,000 (13,000-15,000)	13,000 (12,000-14,000)
Ireland	200	200 (200-200)	10,000 (9,000-11,000)	9,800 (9,000-10,000)
Portugal	100	100 (100-100)	5,000 (4,000-6,000)	4,900 (4,000-5,000)
All	100,000	100,000 (100,000-100,000)	1,000,000 (1,000,000-1,000,000)	900,000 (880,000-920,000)

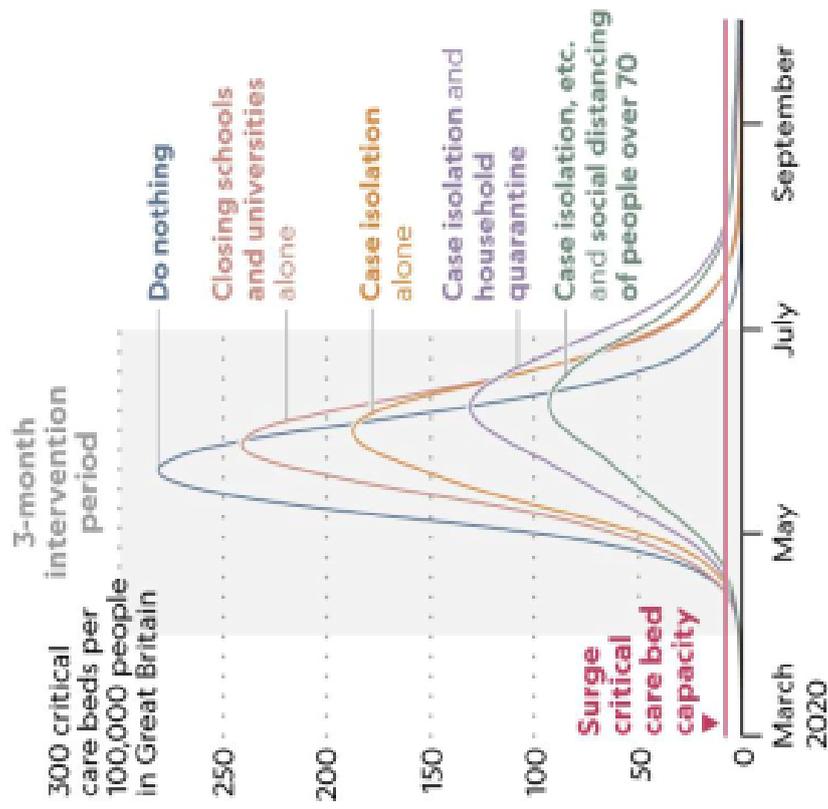
Model estimated deaths since the beginning of the epidemics up to 4th May from model and from non-pharmaceutical model (assuming no intervention had taken place)

*Non-pharmaceutical interventions

1.3 Differential Effects of Intervention Timing on COVID-19

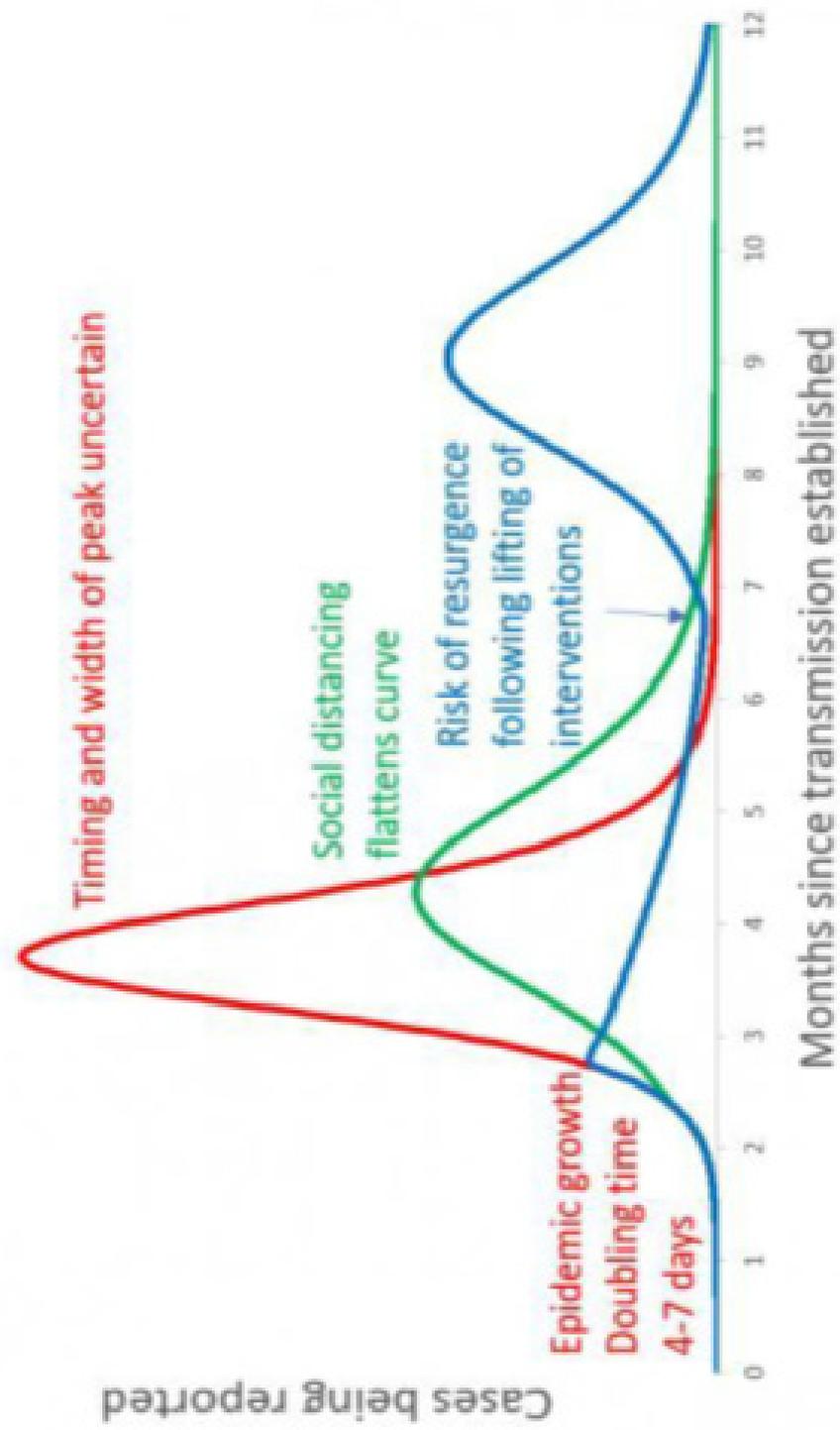


Projected effectiveness of COVID-19 mitigation strategies



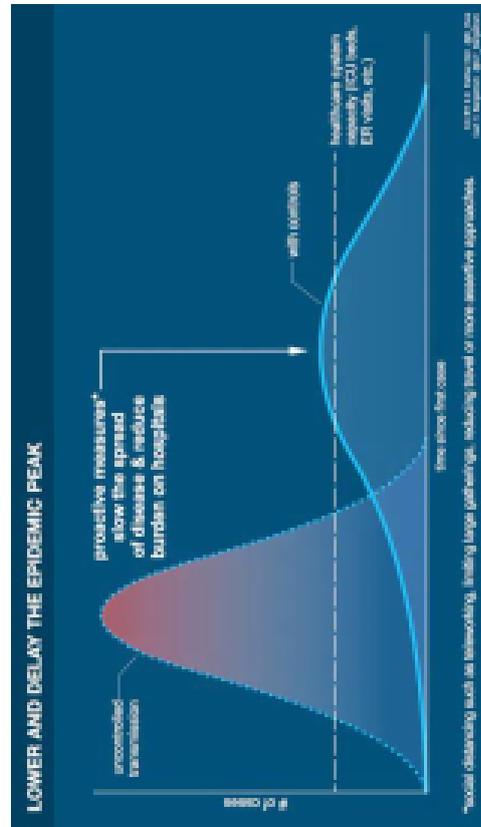
KATIE ARMSTRONG, NG STAFF.
SOURCE: IMPERIAL COLLEGE COVID-19 RESPONSE TEAM

1.4 Risk of Resurgence Following Lifting of Interventions



2

Issues & Dispute on Social Distancing



1. Most strict social distancing policies aggravate socio-economic impact and equity in health

2. Long-term social distancing cannot be sustainable during COVID-19 outbreak

2.2 Herd Immunity ?

nature

Explore our content

Journal information

Subscribe

View all Nature Research Journals

Search

TIME

nature | news feature | article

NEWS FEATURE | 21 OCTOBER 2020

The false promise of herd immunity for COVID-19

Why proposals to largely let the virus run its course – embraced by Donald Trump's administration and others – could bring "untold death and suffering".

Charlotte Ackers-Reich



A New Jersey campaign rally for US President Donald Trump, who has rejected herd immunity as a strategy to curb the pandemic. Credit: Spencer Platt/Getty

In May, the Brazilian city of Manaus was decimated by a large outbreak of COVID-19. Hospitals were overwhelmed and the city was digging new grave sites in the surrounding forest. But by August, something had shifted. Despite relaxing social-distancing requirements in early June, the city of 2 million people had reduced its number of excess deaths from around 120 per day to nearly zero.

In September, two groups of researchers posted preprints suggesting that Manaus's late summer slowdown in COVID-19 cases had happened, at least in part, because a large proportion of the community's population had already

The Swedish COVID-19 Response Is a Disaster. It Shouldn't Be a Model for the Rest of the World



A group waiting for a protective mask while other people queue up to board a boat in Stockholm on July 27, 2020. Jonathan Nilsen/Anadolu Agency

NEWS

BY KELLI ROSSIGNOL **AND SIOBHAN BYRNE** | OCTOBER 14, 2020 5:00 AM EDT
Kelli Rossignol is a writer and human rights activist who has worked on public policy and advocacy with elected officials, staff, senators and media for two decades.
Siohán Byrne is a professor of molecular biology and chemistry at the University of Guelph and a member of the Swedish Academy of Sciences.

The Swedish COVID-19 experiment of not implementing early and strong measures to safeguard the population has been hotly debated around the world, but at this point we can predict its almost certain to result in a net failure in terms of death and suffering. As of Oct. 13, Sweden's per capita death rate is 28.4 per 100,000 people, according to Johns Hopkins University data, 12th highest in the world (not including city Andorra and San Marino). But perhaps more striking are the findings of a study published Oct. 12 in the *Journal of the American Medical Association*, which pointed out that, of the countries the researchers investigated, Sweden and the U.S. essentially made up a category of two: they are the only countries with high overall mortality rates that failed to rapidly reduce those numbers as the pandemic progressed.

2.2 Herd Immunity vs Social Distancing ?

The New York Times

Outbreak

LIVE

Latest Updates

Maps and Cases

Vaccine Tracker

'Herd Immunity' Manifests

Answer

White House Embraces Covid-19 'Herd Immunity' Declaration

Last Updated Oct. 20, 2020

The Midwest and West are driving a virus surge in the U.S. The Eli Lilly antibody trial is paused because of potential safety concerns, just a day after Johnson & Johnson announced the pause of its coronavirus vaccine trial because of a sick volunteer.

Here's what you need to know:

- White House embraces a declaration from scientists that opposes lockdowns and relies on 'herd immunity'
- New virus cases are trending upward in a majority of American states.
- Eli Lilly antibody trial is paused because of potential safety concerns.
- Virginia's governor was also a possible target of an anti-government plot, the F.B.I. says.

Forbes

CORONAVIRUS | 1,629 views | Oct 28, 2020, 02:58pm EDT

Some European Countries Are Restarting Coronavirus Lockdowns



Sai Balasubramanian, J.D. Contributor @Healthcare

I write about clinical medicine, innovation in healthcare, and health policy.

Over the last few weeks, countries around the world have increasingly seen a resurgence in coronavirus case numbers. As hospital admission rates continue to rise, many governments are trying to take proactive measures to mitigate catastrophic deaths and community spread.

Earlier today, as reported by Reuters, German Chancellor Angela Merkel announced that Germany will be instituting new lockdown policies, in an effort to quell quickly rising case numbers in the country. The provisions include that "Restaurants, bars, theatres, cinemas, pools and gyms will be shut and concerts cancelled."

Similarly, France is expected to also issue strict new measures this week to combat rising case numbers as well, including possible stay-at-home

2.3 Dispute on policy switch for Herd Immunity

Great Barrington
DECLARATION

Home Video FAQ Co-Signers Signatures Read the Declaration SIGN THE DECLARATION

Great Barrington Declaration

As infectious disease epidemiologists and public health scientists we have grave concerns about the damaging physical and mental health impacts of the prevailing COVID-19 policies, and recommend an approach we call **Focused Protection**.

FRANÇAIS	PORTUGUÊS	ITALIANO
DEUTSCH	SVENSKA	ESPAÑOL
POLSKI	DANSK	РУССКИЙ
العربية	ČESKY	ՀԱՅԿԻ
简体字	TURKÇE	MACYAR
УКРАЇНСЬКИЙ	CATALÀ	ROMÂNĂ
СРПСКИ	БЪЛГАРСКИ	ISLENSKA
日本語	SUCBUANON	BAHASA INDONESIA
	TAGALOG	FÖRÖYSKT
		ᲒᲗᲚᲠ

READ THE DECLARATION SIGN THE DECLARATION

2.4 Great Barrington Declaration

- The Great Barrington Declaration – As infectious disease epidemiologists and public health scientists we have grave concerns about the damaging physical and mental health impacts of the prevailing COVID-19 policies, and recommend an approach we call Focused Protection.

- Coming from both the left and right, and around the world, we have devoted our careers to protecting people. Current lockdown policies are producing

devastating effects on short and long-term public health. The results (to name a few) include lower childhood vaccination rates, worsening cardiovascular disease outcomes, fewer cancer screenings and deteriorating mental health – leading to greater excess mortality in years to come, with the working class and younger members of society carrying the heaviest burden. Keeping students out of school is a grave injustice.

- Keeping these measures in place until a vaccine is available will cause irreparable damage, with the underprivileged disproportionately harmed.

- As immunity builds in the population, the risk of infection to all – including the vulnerable – falls. We know that all populations will eventually reach herd immunity – i.e. the point at which the rate of new infections is stable – and that this can be assisted by (but is not dependent upon) a vaccine. Our goal should therefore be to minimize mortality and social harm until we reach herd immunity.

- The most compassionate approach that balances the risks and benefits of reaching herd immunity, is to allow those who are at minimal risk of death to live

their lives normally to build up immunity to the virus through natural infection, while better protecting those who are at highest risk. We call this Focused Protection.

- Adopting measures to protect the vulnerable should be the central aim of public health responses to COVID-19. By way of example, nursing homes should use staff with acquired immunity and perform frequent PCR testing of other staff and all visitors. Staff rotation should be minimized. Retired people living at home should have groceries and other essentials delivered to their home. When possible, they should meet family members outside rather than inside. A comprehensive and detailed list of measures, including approaches to multi-generational households, can be implemented, and is well within the scope and capability of public health professionals.

- Those who are not vulnerable should immediately be allowed to resume life as normal. Simple hygiene measures, such as hand washing and staying

home when sick should be practiced by everyone to reduce the herd

immunity threshold. Schools and universities should be open for in-person teaching. Extracurricular activities, such as sports, should be resumed. Young low-risk adults should work normally, rather than from home. Restaurants and other businesses should open. Arts, music, sport and other cultural activities should resume. People who are more at risk may participate if they wish,

while society as a whole enjoys the protection conferred upon the vulnerable by those who have built up herd immunity.

- On October 4, 2020, this declaration was authored and signed in Great Barrington, United States, by:

Dr. Martin Kulldorff, professor of medicine at Harvard University, a biostatistician, and epidemiologist

Dr. Sunetra Gupta, professor at Oxford University, an epidemiologist with expertise in immunology, vaccine development, and mathematical modeling of infectious diseases.

Dr. Jay Bhattacharya, professor at Stanford University Medical School, a physician, epidemiologist, health economist, and public health policy expert focusing on infectious diseases and vulnerable populations

2.5 Objection: John Snow Memorandum, Lancet

JOHN SNOW MEMORANDUM

MEMO

ABOUT

ENDORSEMENTS

SIGNATORIES

MORE...

MORE THAN 4,800 scientists, researchers & healthcare professionals have now signed the John Snow Memorandum.

We vet every signature, so it may take 48 hours for your name to appear.

Thanks for your support, and please continue to share with your colleagues.



THE JOHN SNOW MEMORANDUM

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) has infected more than 35 million people globally, with more than 1 million deaths recorded by the World Health Organization as of Oct 12, 2020. As a second wave of COVID-19 affects Europe, and with winter approaching, we need clear communication about the risks posed by COVID-19 and effective strategies to combat them. Here, we share our view of the current evidence-based consensus on COVID-19.

SARS-CoV-2 spreads through contact (via larger droplets and aerosols), and longer-range transmission via aerosols, especially in conditions where ventilation is poor. Its high infectivity⁽¹⁾ combined with the susceptibility of unexposed populations to a new virus, creates conditions for rapid community spread. The infection fatality rate of COVID-19 is several-fold higher than that of seasonal influenza⁽²⁾ and infection can lead to persisting

JOHN SNOW MEMORANDUM

- The arrival of a second wave and the realization of the challenges ahead has led to renewed interest in a so-called herd immunity approach, which suggests allowing a large uncontrolled outbreak in the low-risk population while protecting the vulnerable. Proponents suggest this would lead to the development of infection-acquired population immunity in the low-risk population, which will eventually protect the vulnerable. This is a dangerous fallacy unsupported by scientific evidence.
- Any pandemic management strategy relying upon immunity from natural infections for COVID-19 is flawed. Uncontrolled transmission in younger people risks significant morbidity and mortality across the whole population. In addition to the human cost, this would impact the workforce as a whole and overwhelm the ability of healthcare systems to provide acute and routine care.
- Furthermore, there is no evidence for lasting protective immunity to SARS-CoV-2 following natural infection and the endemic transmission that would be the consequence of waning immunity would present a risk to vulnerable populations for the indefinite future. Such a strategy would not end the COVID-19 pandemic but result in recurrent epidemics, as was the case with numerous infectious diseases before the advent of vaccination. It would also place an unacceptable burden on the economy and healthcare workers, many of whom have died from COVID-19 or experienced trauma as a result of having to practise disaster medicine.

JOHN SNOW MEMORANDUM

• Japan, Vietnam, and New Zealand, to name a few countries, have shown that robust public health responses can control transmission,

allowing life to return to near-normal, and there are many such success stories. The evidence is very clear.

• Controlling community spread of COVID-19 is the best way to protect our societies and economies until safe and effective

vaccines and therapeutics arrive within the coming months.

• We cannot afford distractions that undermine an effective response;

it is essential that we act urgently based on the evidence. To support this call for action, sign the John Snow Memorandum.

What is your decision?

3. Conclusions and Remarks

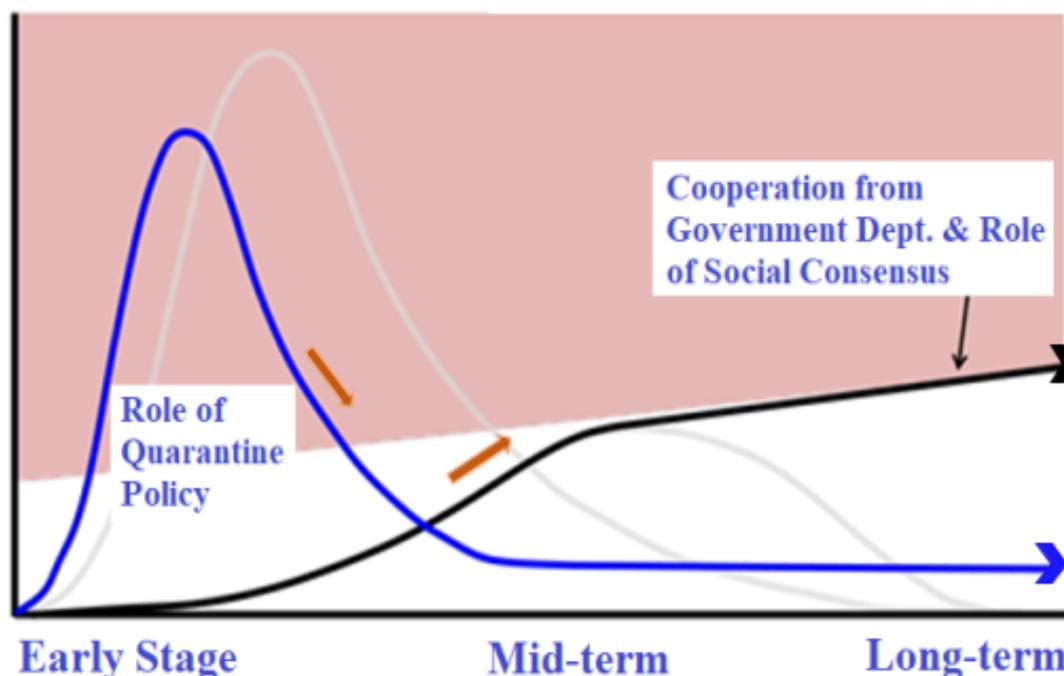
3.1 Remarks

- Currently, it is too early to evaluate the global or nation's response against COVID-19. Global COVID-19 crisis is still ongoing. We are just in the mid-half of the boxing game, COVID-19 Pandemic, for example.**
- COVID-19 still has a lot of scientific uncertainty, and there are no panacea like silver bullets. Currently, debate is heating up among public health scientists in the United States and Europe over social distancing and herd immunity. Academic debates and struggle will be helpful in terms of the development of science, but these debates should be avoided from being politicized or transformed into a political slogan.**
- Moreover, in the case of developing countries, where the majority of low- and middle-income countries, these scientific debates are seen as meaningless. This is because the public health capacity, quarantine capacity, and economic and social capacity of these countries are structurally weak.**

3.2 Final winner after the end of COVID-19 pandemic ?

- Criteria for evaluating performance on IPC against COVID-19
 - 1) The number of deaths as well as the number of confirmed cases per population
 - 2) The magnitude of health damage and loss from COVID-19 as well as non-COVID-19 disease
 - 3) The magnitude of socio-economic loss and impacts due to social distancing policy
 - 4) Degree of violation of civil society and individual freedom and human rights due to implementation of social distancing policy
 - 5) Loss of social assets such as civil society solidarity and class conflict post-COVID-19

Necessity to harmonize prevention and social distancing policies



Changes in political demand for preparing a long-term COVID-19 Crisis

It is necessary to make harmonization between **quarantine policy** based on scientific background and **social distance policy** based on social consensus

Conclusion

- Current dispute on social distancing is looks like an ineffective power struggle by developed countries
- In order to establish sustainable COVID-19 response, social distancing policy needs to be determined by three criteria:
 - ✓ Testing, Tracing, Treatment capability
 - ✓ Community infection severity
 - ✓ Ability to deal with Socio-economic loss

In a case of a mid-low income country, which has poor capabilities for Testing and Tracing, but only concentrate on Treatment, 'Focused Protection' is an only , inevitable and appropriate method to deal with COVID-19 outbreak among people.

Conclusion

- Instead of dispute, three specific actions should be implemented to raise global health security and support mid-low income countries after pandemic.
1. Assess response capabilities of mid-low income countries in terms of Testing, Tracing, and Treatment, and figure out what would be the best way to support.
 2. Provide financial support to mid-low income countries which cannot implement social distancing due to socio-economic loss.
 3. Organize global health alliances among mid-low income countries to establish systemic and effective responses against infectious disease.

Which ~~to mid low income~~ countries

Thank You!

**KEEP CALM
AND SUSTAINABLE DISTANCING**

NON-SPECIFIC PREVENTION CORONAVIRUS COVID-19

G'aniev A.G., Nazarov K.D., Masharipova R.T., Alieva P.R.

KORONAVIRUS (COVID-19) KASALLIGINI NOMAXSUS PROFILATIK USULI

G'aniev A.G., Nazarov K.D., Masharipova R.T., Alieva P.R.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУС COVID-19

Ганиев А.Г., Назаров К.Д., Машарипова Р.Т., Алиева П.Р.

Andijan State Medical Institute, Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

Kasal odam atrofidagi hapşırma va havoda yo'talayotganda uning tupurik mikrodropletlari, balg'amlari va viruslari bo'lgan nafas olish sekretiylari tarqaladi. Kattaroq tomchilar atrofidagi narsalarga va sirtlarga joylashadi, kichiklari uzoq vaqt havoda qoladi va bir necha yuz metrgacha bo'lgan masofaga etkaziladi, viruslar esa bir necha soatdan bir necha kungacha yuqtirish qobiliyatini saqlab qoladi. Gigienik profilaktikaning asosiy chora-tadbirlari sog'lom odamlarning virusni o'z ichiga olgan sekretiya zarralari bilan aloqa qilishining oldini olishga qaratilgan. Gigiena qoidalariga rioya qilish infeksiya xavfini yoki koronavirus infeksiyasining yanada tarqalishini kamaytiradi.

Kalit so'zlar: koronavirus, profilaktika va shaxsiy gigiena.

При чихании и кашле в воздухе вокруг больного человека распространяются микрокапли его слюны, мокроты и респираторных выделений, которые содержат вирусы. Более крупные капли оседают на окружающих предметах и поверхностях, мелкие — долго находятся в воздухе и переносятся на расстояния до нескольких сот метров, при этом вирусы сохраняют способность к заражению от нескольких часов до нескольких дней. Основные меры гигиенической профилактики направлены на предотвращение контакта здоровых людей с содержащими вирусы частицами выделений больного человека. Соблюдение гигиенических правил позволяет существенно снизить риск заражения или дальнейшего распространения коронавирусной инфекции.

Ключевые слова: короновирус, профилактика и личной гигиены.

Compliance with the rules of personal and public hygiene. Drawing on the lessons of the pandemics of the last century, the importance and necessity of taking preventive measures is evident. At that time, measures to limit the spread of infection were carried out in the simplest ways - isolation and quarantine, improving personal hygiene, using disinfectants, trying not to create a large crowd of people. So, during "COVID-19" 2020, in some countries, public places, courts, schools, churches, and cinema were closed for several months. Stores were closed, and sellers served customers on the street. In one of the cities of the United States, handshakes were prohibited. In some countries, a military regime was introduced....

Discussions. In order to understand how to protect yourself from the virus and protect your loved ones, let us once again recall the main ways of transmission of the virus. Like all viruses, the COVID-19 virus is transmitted from person to person by airborne droplets - by coughing and sneezing, with droplets of saliva.

When a sick person coughs and sneezes, microscopic droplets containing a virus spread in the air, and then settle on the surfaces of surrounding objects, from where dust particles can enter the upper respiratory tract of those around them. A sick person is most contagious to those around him during the first 3-4 days of illness, although the virus can be released throughout the illness and even during the recovery period. Children, especially small children, are potentially "dangerous" for a longer period (7-10 days). In the external environment, viruses do not live long - from 2 to 8 hours. It is known that the virus of the virus dies under the influence of high temperatures (60–100° C), as well as some bactericidal agents, such as alcohol, hydrogen peroxide, alkali (soap). Iodine-based antiseptics are also effective

against viral viruses when used at appropriate concentrations for a sufficient amount of time.

To avoid the spread of the COVID-19 virus (and not only it), it is necessary to take preventive measures, and remember that each of us can reduce the risk of illness and the spread of the virus by following simple sanitary and hygienic rules.

Therefore, we will consider the situations that everyone may face, and list the necessary preventive measures for each of the specific cases.

First: What should be done so as not to get sick yourself and not infect others:

- avoid contact with sick people;
- try not to approach the patient closer than 1.5 meters;
- wear a mask when in contact with sick people;
- wash your hands with soap or antibacterial agents (alcohol-containing solutions) to prevent the spread of infection;
- cover your nose and mouth while coughing and sneezing, using disposable handkerchiefs;
- to avoid large crowds of people (entertainment events, meetings, meetings);
- regularly ventilate the room;
- do not touch eyes, nose and mouth with dirty hands;
- lead a healthy lifestyle (good sleep, fresh air, active rest, balanced food rich in vitamins), which will help the body fight any infections.

Second: If you are sick, limit contact with other people as much as possible and call your doctor as soon as possible to get treatment recommendations. Stay at home, if possible, within 14 days of the onset of the illness and do not neglect personal daily hygiene measures.

If you do get sick, then: Stay at home so as not to endanger other people and avoid dangerous complica-

tions. Observe bed rest. Isolate yourself from other family members whenever possible. Call your doctor at the first sign of illness. Use disposable handkerchiefs and discard them immediately after use. Drink more fortified liquids, as well as infusions of cranberries, lingonberries, which have antipyretic properties. Follow all the doctor's prescriptions and take medications, especially antiviral drugs, strictly according to the scheme. It is necessary to take a full course of medication, even if you think you are already healthy. Carefully monitor your condition so that, in case of a possible deterioration in well-being, you should consult a doctor in a timely manner and receive the necessary treatment.

And, finally, thirdly: What we often observe is that one family member gets sick, and one by one the others also end up "in bed." Isolation of the patient in a separate room, the use of gauze bandages for the family members of the sick person, frequent ventilation and wet cleaning of the room where the patient is located, all this is an integral part of preventive measures.

In the outbreak of the virus, disinfecting measures should consist in disinfecting both the air environment of the room - the main factor in the transmission of pathogens, and household items, furnishings, the floor on which aerosol droplets containing the virus that the patient excretes settle. The simplest way to reduce the concentration of infectious aerosol (finely dispersed, dusty phase) in the air is to regularly ventilate the room. In the cold season, it is recommended to ventilate 3-4 times a day for 15-20 minutes. In this case, it is necessary to monitor the air temperature in the room where the patient is. It should not fall below 20 ° C.

If a patient appears in the family, the following rules must be observed: if possible, place the sick family member separately from others, it is advisable to take care of the patient by one person, avoid the patient being cared for by a pregnant woman, all family members must observe hygiene measures - the use of masks, frequent hand washing, wiping hands with disinfectants, monitor yourself and other family members for symptoms of the virus, try to stay at least 1.5 meters away from the patient, allocate separate dishes for the patient. closely monitor the patient's condition, so that in case of a possible deterioration in health, promptly consult a doctor and receive the necessary treatment. If you use disposable masks, then try to fulfill the following requirements: the wet or damp mask should be replaced with a new, dry one. after finishing caring for the patient, the mask must be removed immediately, discarded and hands washed.

Avoid reusing masks as they can become a source of infection! Clinical studies examining the effectiveness of masks in preventing the transmission of respiratory viruses from person to person have shown that the correct use of masks during epidemics reduces the risk of contracting viral infections by 60-80%. And that, perhaps, is all about this "boring" prevention, which we know about since childhood, but few people follow its rules. And, in order to "dilute" this uninteresting topic at least a little, a few more examples from life.

Again, during COVID-19, in some countries, to protect against infection, they began to put on gas masks,

either voluntarily or under pressure from the law, in Seattle, passengers were allowed on the tram during COVID-19 only in protective masks. In others, a person who sneezed or coughed in public was fined or imprisoned. It is clear that sanitary and epidemic measures in a pandemic cannot completely "stop" the infection, but they can reduce and postpone the spread of the disease.

Literature

1. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/we-couldbe-vastly-overestimating-the-death-rate-for-covid-19-heres-why/> link to April 6, 2020
2. Consensus Document on the Epidemiology of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) <https://www.who.int/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf>, referenced April 6, 2020.
3. Zhou F, Yu T, Du R, Fan J, Liu Yi, Liu Zi, et al. Clinical course and risk factors for mortality in adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*, 2020; 395 (10229): 1054-62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
4. Monty S., Balduzzi S., Delvino P., Bellis E., Quadrelli V. S., Montecucco S. Clinical course of COVID-19 in a series of patients with chronic arthritis receiving targeted immunosuppressive therapy. *Ann Rheum Dis*. 2020; 79 (5): 667-8. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217424>.
5. <https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cphaon-the-issues/Use-of-NSAIDs-in-patients-withCOVID-19-FINAL-EN.pdf>, linked to April 6, 2020.
6. Raoul D. New perspectives on the antiviral effects of chloroquine against coronavirus: what to expect for COVID-19? *Int J Antimicrob Agents*. 2020; 11: 105938.
7. <https://www.sciencemag.org/news/2020/03/wholaunches-global-megatrial-four-most-promisingcoronavirus-treatments> cited April 6, 2020.

NON-SPECIFIC PREVENTION CORONAVIRUS COVID-19

G'aniev A.G., Nazarov K.D., Masharipova R.T., Alieva P.R.

When sneezing and coughing in the air around a sick person, microdroplets of his saliva, sputum and respiratory secretions that contain viruses are spread. Larger droplets settle on surrounding objects and surfaces, small ones stay in the air for a long time and are transported to distances up to several hundred meters, while viruses retain the ability to infect from several hours to several days. The main measures of hygienic prevention are aimed at preventing healthy people from coming into contact with particles of a sick person's secretions containing viruses. Compliance with hygiene rules will significantly reduce the risk of infection or further spread of coronavirus infection.

Key words: coronavirus, prevention and personal hygiene.

INFLUENCE OF ECOLOGICAL FACTORS ON THE DEVELOPMENT AND PROGRESS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Khalmatova B.T., Tashmatova G.A.

BOLALARDA BRONXIAL ASTMA RIVOJLANISHIGA VA KECHISHIGA ATROF-MUHIT OMILLARINING TA'SIRI

Xalmatova B.T., Tashmatova G.A.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Халматова Б.Т., Ташматова Г.А.

Tashkent Medical Academy

Maqolada Toshkent viloyatining sanoat hududlarida yashovchi bolalarda bronxial astma rivojlanishiga atrof-muhit omillarining ta'siri to'g'risida ma'lumotlar keltirilgan. Havoning ifloslanishi indeksining o'shishi bronxial astma bilan og'riq bolalar sonining ko'payishiga olib keldi. Sanoat hududlarida yashovchi bolalarda bronxial astmaning klinik xususiyatlaridan yo'tal turi ustun hisoblanadi.

Kalit so'zlar: Bronxial astma, bolalar, sanoat hududlari, ekologik omil.

В статье приведены данные о влиянии экологических факторов на развитие бронхиальной астмы у детей, проживающих в промышленных регионах Ташкентской области. Повышение показателя индекса загрязнения атмосферы привело к увеличению числа детей, страдающих бронхиальной астмой. Клиническими особенностями бронхиальной астмы у детей, проживающих в промышленных регионах является преобладание кашлевого варианта.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, промышленные регионы, экологический фактор.

Introduction. Epidemiological studies indicate that in different regions of the world, bronchial asthma suffers from 4 to 8.2% of the population. At the same time, in the adult population, the frequency of bronchial asthma fluctuates within 5%, and in the child population it rises to 5-12% [1,4]. Assessment of the role of adverse effects on the human body caused by environmental pollution is the most important task of medicine and is of great not only medical, but also social significance. This task is of particular importance for pediatrics dealing with a growing organism that is sensitive to any environmental influences. It has been found that among the reasons that negatively affect the health of the population, the ecological component exceeds 20%. Until now, epidemiological studies have not been carried out in the industrial regions of the Tashkent region, risk factors and features of the course of bronchial asthma in children have not been studied [2,3,5,6].

Assessment of the role of adverse effects on the human body caused by environmental pollution is the most important task of medicine and is of great not only medical, but also social significance [9,10]. The list of causative factors of BA also includes industrial chemical compounds. In studies carried out in collaboration with professional pathologists, sensitization to industrial allergens (nickel, chromium, formaldehyde, etc.) was revealed, which contribute to the formation of BA [7,8,10]. According to researchers, sources of anthropogenic pollution of the atmosphere are transport, thermal power engineering, nuclear fuel cycle enterprises, industrial and agricultural enterprises [3,5].

Considering the above, the identification of risk factors for the development of asthma in children living in industrial regions is an urgent problem not only in pediatrics, but also in all medicine.

The aim of the study was to identify risk factors and features of the course of asthma in children living under the influence of unfavorable environmental factors.

Materials and methods. The paper presents the results of anamnestic, clinical, laboratory, instrumental and immunological studies.

An analysis of the impact assessment of unfavorable external factors of air, water and soil was carried out in the regions of the Tashkent region (Angren, Almalyk, Chirchik).

The basis for the study in three regions of the Tashkent region was the fact that there are several industrial facilities in these regions. For example, in Almalyk there is a large industrial holding AGMK (Almalyk Mining and Metallurgical Combine), where zinc is periodically released into the water. In Chirchik, there is a large industrial holding LLC Uzneftegazmash, which produces technological equipment for the chemical industry, where chlorine vapors are periodically emitted into the atmosphere. In Angren, there is a branch of the metallurgical industry, where aluminum is emitted into the soil in large quantities. For comparison, a survey was conducted among children living in an ecologically more favorable region of the Tashkent region (Kibray).

Risk factors for development and its influence on the course of the disease were studied in 220 children aged 2 to 14 years with a diagnosis of BA.

Results and discussion. The children of the main group were divided into 3 groups: group 1 - children living in Angren (n = 60), group 2 - children living in Almalyk (n = 60), group 3 - children living in Chirchik (n = 60). The comparison group consisted of children (n = 40) living in an ecologically safe region of the Tashkent region (Kibray).

The groups were divided by sex, age and severity of BA disease (Table 1).

Table 1
Indicators of BA patients included in the study

№	Number of patients, n=220		
1	Average age in years		6,21±1,9
	2-5 years		76 (34,5%)
	5-12 years		102 (46,3%)
	12-18 years		42 (19,1%)
2	Sex	Boys	124 (56,3%)
		Girls	96 (43,6%)
3	Severity, people	1st stage	140 (63,7%)
		2 nd stage	80 (36,3%)

As can be seen from the data in Table 1, children aged 5-12 years (46.3%), boys (56.3%) with mild BA prevailed.

To assess the influence of environmental factors on the BA course, Uzhydromet obtained data on weather and climatic indicators. Five main pollutants were reported: dust (particulate matter), carbon monoxide (carbon monoxide), nitrogen dioxide, sulfur dioxide, nitrogen oxide. Analysis of the data showed that during the period under study, the increase in the air pollution index was increased in all the studied cities of the Tashkent region, but especially in the city of Angren. The integrated pollution indicator was 5.12 in 2014, 5.32 in 2016 and 5.30 in 2017 and corresponded to the II degree corresponding to an increased level of atmospheric pollution, which leads to a deterioration in the living conditions of the population.

Despite the decrease in gross emissions of pollutants in the industrial sectors of the surveyed regions, the sanitary condition of the air in the settlements of the Tashkent region is not accompanied by stabilization.

To assess the influence of specific environmental factors, the state of sick children with BA was studied. When studying the risk factors for the development of bronchial asthma in the patients we observed, weighed down by allergies heredity (58.8%), while in 16% of cases one of the parents of the observed children had bronchial asthma, 14.9% - hay fever, 11, 3% - allergic rhinitis, 9.3% - food allergy and 7.3% - drug allergy.

Most of the patients observed by us (84%) had a history of previous or existing frequent respiratory infections, which enhance the effect of causal factors and contribute to the formation of bronchial asthma. All children with asthma had difficulty in breathing mainly at night. In addition, in 82.3% of children, seizure equivalents (feeling of lack of air, dry paroxysmal cough) were often recorded, which were repeated 1-3 times a month, lasting from 5-10 minutes, the difficulty in breathing was stopped on their own or after a single use of bronchodilators. A specific feature of the course of asthma in children living in industrial regions was that the change in environment contributed to a more rapid relief of symptoms of the disease.

Conclusion. The incidence of asthma in children living in industrial cities of the Tashkent region is 2.2 times higher than in children living in an ecologically more fa-

vorable zone (Kibray). The study of the frequency of BA occurrence depending on the place of residence of children showed that the largest number of children with BA was among children living in Angren ($p < 0.05$). But at the same time, an increase in the incidence was noted in all studied regions. A statistically significant correlation was found between the level of asthma morbidity in Angren and the concentration of nitrogen dioxide, which confirms the role of air pollutants as risk factors for the development of asthma among children and adolescents.

References

- Alifanova S. V., Bol'bot YU. K. Mediko-sotsial'nyye aspekty formirovaniya bronkhial'noy astmy u detey //zdorov'ye naseleniya i kachestvo zhizni: Materialy VI Vserossiyskoy s mezhunarodnym uchastiyem zaachnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, Sankt-Peterburg, 30 marta 2019 goda. – SPb., 2019, 2019. – S. 33-38.
- Balabolkin I. I., Terletskaya R. N., Dybunova Ye. L. Vliyaniye ekologicheskikh faktorov na allergicheskuyu zabolovayemost' detskogo naseleniya Rossiyskoy Federatsii //Sibirskoye meditsinskoye obozreniye. – 2008. – T. 54. – №. 6.
- Kozik A., Huang Y. J. Ecological interactions in asthma: from environment to microbiota and immune responses // Current Opinion in Pulmonary Medicine. – 2020. – T. 26. – №. 1. – C. 27-32.
- Kramar' L. V., Larina T. YU., Morozova D. YU. Vliyaniye ekologicheskikh faktorov na chastotu vozniknoveniya obstruktivnykh sostoyaniy pri ostrykh respiratornykh virusnykh infektsiyakh u detey //Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. – 2019. – №. 3 (71).
- Martinez F. D. Childhood asthma inception and progression: role of microbial exposures, susceptibility to viruses and early allergic sensitization //Immunology and Allergy Clinics. – 2019. – T. 39. – №. 2. – C. 141-150.
- Mirrahimova M. K. et al. Bronchial asthma: prevalence and risk factors in children living in the industrial zones of the Tashkent region //Central Asian Journal of Medicine. – 2020. – T. 2020. – №. 1. – C. 29-35.
- Turganova Ye. A. Ekopollutantny i bronkhial'naya astma u detey megapolisa //Meditsina: teoriya i praktika. – 2019. – T. 4. – №. 1.
- Von Mutius E., Smits H. H. Primary prevention of asthma: from risk and protective factors to targeted strategies for prevention //The Lancet. – 2020.
- Zavodnik L. B. i dr. Zavisimost' kliniko-laboratornykh pokazateley pri bronkhial'noy astme u detey ot razmera naselenogo punkta (na primere grodnenskoj oblasti belarusi) //Voprosy organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniya. – 2019. – №. 1. – S. 48-55.
- Zaytseva O. V. Bronkhial'naya astma i respiratornyye infektsii u detey //Pul'monologiya. – 2020. – №. 4. – S. 106-111.

INFLUENCE OF ECOLOGICAL FACTORS ON THE DEVELOPMENT AND PROGRESS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Khalmatova B.T., Tashmatova G.A.

The article provides data on the influence of environmental factors on the development of bronchial asthma in children living in the industrial regions of the Tashkent region. The increase in the air pollution index has led to an increase in the number of children suffering from bronchial asthma. The clinical features of bronchial asthma in children living in industrial regions is the predominance of the cough variant.

Key words: *Bronchial asthma, children, industrial regions, ecological factor.*

COVID-19 ASSOCIATED CAVERNOUS SINUS THROMBOSIS¹Oripov O.I., ¹Bilalov E.N., ²Umarov R.Z.**COVID-19 АССОЦИИРОВАННЫЙ ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА**¹Орипов О.И., ¹Билалов Э.Н., ²Умаров Р.З.**COVID-19 БИЛАН БОҒЛИҚ КАВЕРНОЗ СИНУС ТРОМБОЗИ**¹Орипов О.И., ¹Билалов Э.Н., ²Умаров Р.З.¹Tashkent medical academy, ²Tashkent institute of postgraduate medical education

Introduction. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is caused by Severe Acute Respiratory Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) infection. Different studies shown that COVID-19 is associated with a high risk of thrombotic complication [1,2,3]. Hypercoagulability of SARS-CoV2, manifesting as increase in D-dimer, lactate dehydrogenase (LDH) and prolonged coagulation times is associated with more severe disease and can help risk stratify patients on presentation. Given the rapidly rising number of COVID-19 infections globally and the severity of thrombotic complication, it is critical to derive a more in-depth understanding of their association, clinical manifestations, severity and treatment outcomes [4,5,6,7].

Cavernous sinus thrombosis (CST) is a rare, life-threatening condition that can complicate facial infection, sinusitis, orbital cellulitis, pharyngitis, or otitis or following traumatic injury or surgery, especially in the setting of a thrombophilic disorder. Cavernous sinus thrombosis is usually septic, but can also be aseptic. Septic cases can follow central facial infections, especially within the danger triangle of the face (from the corners of the mouth to the bridge of the nose). These include abscess or cellulitis, sinusitis (especially sphenoiditis and ethmoiditis), dental infections, extractions or procedures (even a posterior superior alveolar nerve block entering the pterygoid plexus), maxillofacial surgery, otitis media, and mastoiditis. Aseptic causes are less common than septic causes. These include trauma, surgery, or pregnancy [8,9,10].

During the pandemic, a sharp increase in the number of CST cases among people who had undergone COVID-19 observed in medical institutions of the Republic of Uzbekistan, in connection with which it is of interest to study the relationship of this pathology with coronavirus infection.

Methods. A comprehensive study and observation of 12 patients with CST who underwent treatment at the Multidisciplinary Clinic of the Tashkent Medical Academy in the period from July to October 2020 was conducted. Patients age ranged from 45 to 72 years, including 7 men and 5 women. All patients had the history of a previously confirmed diagnosis of COVID-19 and data on its specific treatment.

All patients underwent a comprehensive examination with the inclusion of clinical (consultations of related specialists: ENT, ophthalmologist, neurosurgeon,

maxillofacial surgeon, infectious disease specialist), instrumental (computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI), angiography), laboratory (coagulogram with determination of D-dimers level) and pathomorphological (histological examination of the material of deceased patients) methods.

For the comparative analysis of the features of the clinical course, we studied and analyzed 6 cases of CST as a control group. Previously these patients underwent treatment courses in the clinic in the period from 2014 to 2019 before the onset of coronavirus infection.

Results. Statistical analysis of data on patient admissions to the clinic from May to October 2020 showed that in total, 5186 confirmed cases of COVID-19 were registered in the clinic during the indicated period of time. Among these cases, complications in the form of CST amounted to 0.23%, which is significantly higher than the average incidence of this pathology in the general population, which is 0.002% [18].

General characteristics of clinical cases. The analysis of patient history revealed that in 2 (16.6%) patients, symptoms developed during hospitalization and receiving specific treatment; in 5 patients (41.7%) symptoms appeared after the end of inpatient treatment; in 5 (41.7%) patients, symptoms developed after treatment at home. The diagnosis of COVID-19 in 66.7% of cases was confirmed by ELISA. Analysis of ELISA results showed that 1 (8.3%) patient had IgM increase for SARS-CoV-2, while 5 (41.7%) patients had IgG increase for SARS-CoV-2; the increase in both fractions was observed in 2 patients (16.6%). Specific signs of COVID-19 associated interstitial pneumonia were found in 11 (91.7%) patients on CT. The majority of patients had a volume of lung tissue lesions equal to 25-50% (tab. 1).

As mentioned above, only 7 of 12 patients received treatment in a hospital setting, which included anticoagulant therapy. 5 patients received outpatient treatment at home for various reasons. It should be noted that among the patients who received inpatient treatment, only 1 had a dynamic control of D-dimer level during therapy, in other cases its determination was not carried out and the control was limited to the determination of the main indicators of the coagulogram in the form of hematocrit, fibrinogen, reference test, activated partial thromboplastin time (APTT), international normalized ratio (INR) and prothrombin index (PTI).

Features of the CST course in the surveyed patients. First of all, it should be noted that the analysis of archival material revealed only 6 confirmed cases of CST over 4 years. The study of case series showed that 10 (83.3%) of 12 patients in the core group suffered from type 2 diabetes in the stage of decompensation for many years, while in the control group this indicator was 4 (66.7%) of 6 patients. Analysis of the case series recorded before the pandemic revealed that in all cases, the development of CST was preceded by a chronic inflammatory process in the oral cavity or paranasal sinuses; among the studied patients such cases occurred in only half.

Table 1

Main characteristics of COVID-19 course in patients with CST

Parameter	n (%)
<i>Positive result of ELISA test</i>	8 (66,7%)
Ig M (+)	1 (8,3%)
Ig G (+)	5 (41,7%)
Ig M (+) и Ig G (+)	2 (16,6%)
<i>Lungs involvement</i>	
The absence of <i>lungs involvement</i>	1 (8,3%)
to 25%	2 (16,6%)
25-50%	8 (66,7%)
more than 50%	1 (8,3%)
<i>COVID-19 confirmation Serological test / CT data</i>	66,7% / 91,7%
<i>Previous anticoagulant therapy</i>	7 (58,3%)
<i>Dynamic control of D-dimer level during specific therapy for COVID-19</i>	1 (8,3%)

CST has 2 forms of disease course, proceeding according to certain patterns: aseptic (ischemic), proceeding slowly with a gradual increase in symptoms, and septic, proceeding acutely with a rapid increase in pronounced symptoms. The analysis of classic cases from the archive showed that in 83.3% there was a septic variant and in 16.7% the aseptic variant, in which the type of course could be clearly differentiated according to the disease pattern. Analysis of symptoms and patterns of their development in case series of COVID-19 associated CST showed that the clinical course cannot be attributed to one of the options.

In 5 cases of the control group, the development of CST was accompanied by purulent hemisinusitis, affecting the maxillary, ethmoid, or frontal sinuses. In case series of the core group, we observed the purulent-

inflammatory process in the paranasal sinuses (PNS). However, it was not possible to determine which pathological process in this case was primary due to the simultaneous development of many symptoms.

The incidence of ophthalmic manifestations of CST is presented in the fig. 1. Noteworthy is the high severity of symptoms of periorbital cellulite, decreased sensitivity of the cornea and congestive retinal edema. In the cases of the control group, according to the incidence of ophthalmological signs, it can be assumed that the most of patients had a classical CST clinic.

Analysis of changes in the coagulogram indicators showed that in the cases of the control group there was a slight increase in the main coagulogram indicators such as fibrinogen, PTI, APTT and INR. In cases of the study group, most of the patients showed a significant increase in the level of fibrinogen up to 5 times. The values of other indicators remained in most cases within the normal range or slightly increased. In addition to the standard indicators of the coagulogram, the D-dimer level was determined, which showed a 3-4-fold increase. It should be noted that dynamic control of the D-dimer level during therapy was carried out only in 2 cases. The D-dimer level during the period of receiving anticoagulants in the acute phase of COVID-19 in these cases was not significantly increased.

The tactics of managing patients in the core group had differences due to the general condition of the patients. In the cases of the control group, most of the patients received conservative therapy, including anticoagulants, anti-inflammatory and antibacterial drugs. The mortality rate in the group was 66.7%. In the core group, many patients underwent surgical interventions in various modifications in order to decompress the cavities. In other cases, conservative therapy was carried out with the above groups of drugs. Analysis of the mortality rate showed that the overall mortality in the considered cases of COVID-19 was 58.3%. At the same time, among these patients, 3 were operated on, and 4 received only conservative treatment.

Conclusion. Thus, the study once again proved that COVID-19 is a systemic infection that can affect all systems of human organism. At the same time, the degree and specificity of the coagulation system disorders is still not fully understood. Analysis of case series of cavernous sinus thrombosis showed that based on the data of clinical, laboratory and morphological studies, it can be concluded that the development of such dangerous complication may be associated with COVID-19 associated coagulopathy. The study of case series revealed not only the atypical clinical course of the process, but also specific shifts in the parameters of the blood coagulation system along with changes in the walls of blood vessels at the histological level. But still, the issues on managing such patients and choosing the most optimal treatment tactics remain open.

References:

1. Al-Ani F, Chehade S, Lazo-Langner A. Thrombosis risk associated with COVID-19 infection. A scoping review. *Thromb Res* 2020;192:152–60. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.05.039>.
2. Tal S, Spectre G, Kornowski R, Perl L. Venous thromboembolism complicated with COVID-19: what do we know so far? *Acta Haematol* 2020 May 12. <https://doi.org/10.1159/000508233> [Epub ahead of print].
3. Giannis D, Ziogas IA, Gianni P. Coagulation disorders in coronavirus infected patients: COVID-19, SARS-CoV-1, MERS-CoV, and lessons from the past. *J Clin Virol* 2020;127:104362.
4. Connors JM, Levy JH. COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. *Blood* 2020 Apr 27. <https://doi.org/10.1182/blood.2020006000> [Epub ahead of print].
5. Leisman DE, Deutschman CS, Legrand M. Facing COVID-19 in the ICU: vascular dysfunction, thrombosis, and dysregulated inflammation. *Intensive Care Med* 2020 Apr 28. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06059-6> [Epub ahead of print].
6. Lee SG, Fralick M, Sholzberg M. Coagulopathy associated with COVID-19. *Can Med Assoc J* 2020 May 25. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200685> [Epub ahead of print].
7. Levi M, Thachil J, Iba T, Levy JH. Coagulation abnormalities and thrombosis in patients with COVID-19. *Lancet Haematol* 2020;7:e438–40.
8. Thachil J, Tang N, Gando S, Falanga A, Cattaneo M, Levi M, et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *J Thromb Haemost* 2020;18:1023–6.
9. Plewa MC, Tadi P, Gupta M. Cavernous Sinus Thrombosis. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448177/>
10. Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, Chuich T, Dreyfus J, Driggin E, et al. COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, antithrombotic therapy, and followup. *J Am Coll Cardiol* 2020;75:2950–73.

УДК: 613.7/9:616.7/9:614.78/79:616.24.

COVID-19 ПАНДЕМИЯСИНИ КАМАЙТИРИШДА АҲОЛИ ОРАСИДА ТИББИЙ-ГИГИЕНИК ТАРБИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

Абдуллаев И.К., Курбанов С.Р., Матякубов Ж.Р.

РОЛЬ МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ПАНДЕМИИ COVID-19

Абдуллаев И.К., Курбанов С.Р., Матякубов Ж.Р.

THE ROLE OF PUBLIC HEALTH EDUCATION IN REDUCING THE COVID-19 PANDEMIC

Addullaev I.K., Kurbanov S.R. Matyakubov J.R.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Одним из основных факторов движущей силы распространения COVID-19, который проник в страну в марте 2020 года и за короткий период времени охватил большую часть населения, является уровень медицинской и гигиенической грамотности и образования населения. Медико-гигиеническая грамотность и правильное формирование культуры в людях является ведущим драйвером здоровья человека. Наличие этой проблемы особенно проявилось в нашей стране во время пандемии COVID-19. В полной мере развивать медицинскую и гигиеническую грамотность населения, особенно молодежи, свои знания, навыки и умения в этой сфере, а также элементы здорового образа жизни, позволят снизить заболеваемость населения, а также предотвратить распространение COVID-19 сегодня.

Ключевые слова: Фактор, распространения COVID-19, населения, медицинская, гигиеническая, грамотность, здоровья, пандемия, заболеваемость

One of the main driving forces behind the spread of COVID-19, which entered the country in March 2020 and covered most of the population in a short period of time, is the level of medical and hygiene literacy and education of the population. Medical and hygienic literacy and the correct formation of culture in people are the leading drivers of human health. The presence of this problem was especially evident in our country during the COVID-19 pandemic. To fully develop medical and hygienic literacy of the population, especially young people, their knowledge, skills and abilities in this area, as well as elements of a healthy lifestyle, will reduce the incidence of the population, as well as prevent the spread of COVID-19 today.

Key glory: Factor, COVID-19 spread, population, medical, hygiene, literacy, health, pandemic, morbidity

Мааммонинг долзарблиги шундаки, мамлакатимизга 2020 йил март ойида кириб келган ва қисқа давр ичида кенг аҳолини қамраб олишга улгурган COVID-19 касаллигининг тарқалишида энг асосий етакчи омил ва жараённи ҳаракатлантириув-

чи кучлардан бири, бу аҳолининг тиббий-гигиеник саводхонлиги ва тарбияси эканлиги, ўтган саккиз ой давомида ўзлаштирилган тажрибаларда ўз исботини илмий ва амалий жиҳатдан тасдиқлади. Мамлакатимиз Президенти ва ҳукуматимиз томонидан

барча зарур тадбирларлар ишлаб чиқилди, ўнлаб қонун ҳужжатлари қабул қилинди, беморлар билан мулоқатда бўлганларни, хорижий мамлакатлардан келганларни алоҳидалаш, беморларни ўз вақтида аниқлаш, ташхислаш, даволаш ва реабилитация қилиш чоралари кўрилди, жараён маълум даражада назорат остига олинди. Аммо, одамлар орасида кенг миқёсда тушунтириш ишлари олиб борилишига қарамасдан касаллик аҳоли орасида кенг тарқалди ва бугун ҳам бу жараён нисбатан камайган бўлсада давом этмоқда. Одамларда тиббий-гигиеник саводхонлик ва маданиятнинг тўғри шаклланиши -бу инсон саломатлигини таъминловчи энг асосий омиллардан бири саналади. Инсон у ким ва қайси касб эгаси бўлишдан қатъи назар, ўзи ва атрофидагиларнинг саломатлигини сақлаш, муҳофаза қилиш ва мустаҳкамлаш учун етарли даражадаги тиббий-гигиеник билим, малака ва кўникмаларни эгаллаган бўлиши талаб этилади. Бунинг учун ҳар бир инсон биринчи галда ўзига “одам нима учун касал бўлади?” деган саволни доимо бериши ва унга тиббий нуқтаи назардан асосланган мукамал жавобга ҳам эга бўлиши лозим. Шу сабабли ҳар бир инсон ўзи яшаб турган ва фаолият кўрсатаётган муҳитда яратилиши зарур бўлган ва яратилган ижтимоий шароитларни ҳамда уларнинг қайси ҳолатларда салбий ижтимоий омилларга айланишини, уларни бартараф қилиш ёки йўқатиш усуллари тўғрисида етарли бошланғич тиббий билим асосларига эга бўлиши керак. Тиббий-гигиеник билим, малака ва кўникмаларга эга бўлиш бу масаланинг бир томони бўлса, унинг энг асосий бўлаги унга риоя қилишдир. Ушбу муаммонинг мавжудлиги айниқса мамлакатимизда COVID-19 касаллиги пандемияси даврида яққол сезилиб қолди.

Мақсад

Тадқиқотнинг асосий мақсади одамлар орасида шаклланган тиббий-гигиеник билим, малака, кўникма ва соғлом ҳаёт тарзининг шаклланганлик даражасининг бугун COVID-19 касаллигининг тарқалишидаги ўрнини назарий жиҳатдан асослашдан иборат.

Материал ва усуллар

Кўйилган муаммони ўрганишда ва таҳлил қилишда асосан тавсифлаш усулидан (описательный метод) кенг фойдаланилди. Одамларимизнинг кўпчилигида ҳозирги даврда маълум маънода етарли тиббий-гигиеник билимлар шакилланган аммо, унга тўлиқ риоя қилиш масаласида анчагина муаммолар мавжуд. Бу ерда асосий масала инсон ўзи ва атрофидагиларнинг саломатликларига бўлган масъулиятида. Одатда ўзи ва яқинларининг саломатлигига масъулятли инсонни биз тиббий-гигиеник масалаларда тартибли одам деб санасак бўлади. Хўш, бундай хусусият одамда қачон ва қайси таъсирлар ва тарбиялар асосида шаклланади. Бошқа тарбиялар сингари тиббий-гигиеник тарбия ҳам бола ҳаётининг дастлабки кунларидан оилада бошланади. Одатда кўпчиликларда тарбия ўзи нима ва у қай таризда бировдан бошқа одамга ўтади ва ўзлаштирилади деган савол туғилади. Бу таълимга қараган-

да бир мунча соддароқ жараён саналсада, унинг бошланғич асосини ташкил этади. Таълим бола учун мажбурий, тарбия эса ихтиёрий жараён. Тарбия бу ҳар қандай турдаги фаолиятни амалга ошириш механизми бўлиб, бу жараён кўп ҳолларда фаолиятни амалга ошириш ва тушунтириш йўллари билан бир кишидан бошқаларга ўтади ҳамда ўзлаштирилади. Болага қайси бир фаолият турини қандай кўришида амалга оширсангиз, уни бола шу кўришида қабул қилади. Масалан, сиз биров билан қандай тартибда саломлашсангиз, у ҳам худди шундай саломлашади, кийинишингизни, юриш-туришингизни, ҳар хил турдаги фаолиятларингизни амалга оширишда қўллаган усулларингиз ва ёндошишларингизни, хуллас барча турдаги ҳатти-ҳаракатларингизни шундайлигича ўзлаштириб олади ва бу ҳолат унинг турмуш тарзига айланади. Боланинг ёшлигида оилада ўзлаштириб олган барча турдаги фаолиятларни амалга оширишдаги ижтимоий одатлари одатда турғун даражада унинг онгидан жой олади ва кейинги ижтимоий институтларда бу кўникмалар ўстирилади, ривожлантирилади ва янги компонентлар билан тўлғазилиб, такомиллаштирилиб борилаверади. Шу сабабли оиладаги бериладиган тиббий-гигиеник тарбияга алоҳида эътибор қаратиш зарур. Нега деганда бола 5-6 ёшгача бўлган даврда ташқаридан айтилаётган, кўрсатилаётган барча янгиликларга нисбатан жуда қизиқувчан бўлади. Анашу даврда бола ўзлаштириб олган барча турдаги тиббий-гигиеник кўникмаларининг мазмун –моҳиятини ва ўзи ва атрофидагиларнинг саломатликлари учун зарурлигини ҳамда аҳамиятини чуқур онгалаган ҳолда ўзлаштираётгани у мустаҳкам ва турғун даражада унинг турмуш тарзига айланиб қолади. Тўғри, COVID-19 пандемиянинг дастлабки кунлари айрим одамлар “Бу ўзи йўқ касаллик”, “гриппга ўхшаган энгил касаллик” “Пул ишлаш учун ўйлаб топилган” каби ҳар хил чалғитувчи фикрларни турли хил тармоқларда ёздилар. Бу ҳам ўз навбатида бир оз бўлсада касалликка нисбатан аҳоли орасида безътиборликларнинг юзага келишига сабаб бўлди ва касалликнинг кенг тарқалишига олиб келди.

Натижа ва муҳокама

Оилада болага ёшлиқдан бериладиган тиббий-гигиеник тарбия кўникмалари, биринчи галда ҳар сафар овқаланишдан олдин, ҳожатга чиққандан кейин қўлларини совун билан яхшилаб ювиш кераклигини ва унинг сабабларини батафсил тушунтириб бориш зарур. Нега деганда айрим одамлар қўлларини катта бўлганларида ҳам номигагина бир, икки марта сув оқизиб қўйиш билан чекланиб ювадилар. Болалар уйда ва кўчада ўйнаганларида турли-туман ўйинчақларни, ҳар хил предметларни ушлаб ўйнайдилар, ҳожатга чиқадиладар. Бунда уларнинг қўллари ҳар хил зарарли моддалар ва микроорганизмлар билан ифлосланиши, агар улар ўз вақтида қўлларини яхшилаб совун билан ювмасалар, бу организм учун зарарли бўлган моддалар ва микроорганизмлар унинг организмига тушиб бир қатор касалликларни келтириб чиқариши мумкинлигини уларга бахотиржам тушунтирилмаса, албатда қўл

ювиш боя таъкидлаганимиздек номига, қандайдир урф-одат тарзида фақатгина чайиш билан чекланиши мумкин. Айниқса бизнинг айрим урф-одатларимизга кўра баъзи турдаги овқатлар қўлда истеъмол қилинади ва қўлимизда, бармиқларимиз орасида ва айниқса тирноқ остиларида овқат қолдиқлари қолади, бу эса кўп ҳолатларда микроорганизмлар ва гижжа уруғларининг қўлимизнинг шу қисмларида узоқ вақт сақланишига ва кўпайишига сабаб бўлиши мумкин. Биз ва фарзандларимиз ҳам бир кунда бир-неча марта пулларни санаш ва ишлатиш жараёнида уни ушлаймиз. Энг ёмони шундаки, пуллар ҳозир банкларда дезинфекция қилинмайди. У бир кунда кўплаб одамларнинг қўлларидан ўтиши мумкин. Хуллас болага нима учун ўзи қўлни бир кунда ўнлаб маротаба совунлаб ювиш кераклигини, унинг тиббий-гигиеник ва эстетик жиҳатларини ҳамда аҳамиятларини мунтазам равшда тушунтириб, онгига сингдириб боришимиз керак бўлади. Мазкур масаланинг айниқса бугунги пандемия даврида нақадар муҳимлиги ва зарурлиги тўғрисида гапиришнинг ўз ортиқча бўлса керак. Бугун мунтазам равшда қўлни совунлаб ювиш орқали COVID-19 касаллигининг тарқалишини бир неча маротаба камайтириши мумкинлиги ҳам илмий асосланди.

Болага ёшлигидан эрталаб ўз вақтида уйқудан туришни, эрталабки юриш ёки югуриш ва ҳаракат машқларини мунтазам бажаришни, эрталабки нонуштани ҳамини белгиланган вақтда истеъмол қилишининг бола саломатлиги учун аҳамиятини нафақат тушунтириш балки, ҳар бир ота-она ўртак-намуна бўлиб кўрсатиши муҳим аҳамият касб этади. Эрталабки нонуштадан кейин оғиз бўшлиғида, тишларнинг орасида маълум миқдорда овқат қолдиқлари ушлаб қолинади. Бу каби овқат қолдиқлари оғиз бўшлиғидаги мавжуд микроорганизмларнинг яшаши ва кўпайиши учун шароит бўлиб хизмат қилади, қачонки, биз нонуштадан кейин тишларимизни тиш четкаси билан яхшилаб ювиб тозаламасак. Бундай шароитда оғиз бўшлиғидаги микроорганизмлар 5-6 соатдан кейин кўпайиб бошлайди ва бутун организмга овқат ҳазм қилиш тизими орқали тарқалиб, кўплаб касалликларнинг юзага келишига сабаб бўлиши мумкин эканлигини болаларга ўз вақтида тушунтирилса, бу каби салбий омилларнинг олди олинади. Негаки, бугун ҳам кўпчилик эрталаб тишларини эрталабки нонуштадан олдин уйқудан турганидан кейин ювадилар. Бу албатта нотўғри.

Ҳар сафар ҳам тишларимизни овқатлангандан кейин, бошқа овқатлик турларини истеъмол қилмаслигинизга амин бўлгандан кейин ювиш керак. Ва тиш ювган четкангизни яхшилаб тозалаб ювиб қўйиш ўта зарур тадбирлардан бири саналади. Бу тадбирнинг тиббий-гигиеник аҳамиятини амалий далиллар билан тушунтириш зарур. Масалан, тишларни нотўғри ювиш ёки уни умуман ювмаслик оғиз бўшлиғида ҳар хил турдаги микроорганизмларнинг кўпайишига олиб келиб, охир оқибат сурункали танзиллит, яъни ангинага олиб келади, ангигани ўз вақтида даволамислик ўз навбатида

организмада ревмотизм касаллигининг пайдо бўлишига, ревматизм касаллигининг ўз вақтида самарали даволамаслик юрак парогли касаллигининг юзага келишига сабаб бўлишини ва ҳақозаларни болага батафсил тушунтирилсагина ушбу оддийгина ҳол болада тиббий-гигиеник билим, малака ва кўникмаларнинг шаклланишига ҳамда унинг турмуш тарзига мукамал айланиши мумкин. Шуни алоҳида қайд қилиш лозимки, олдиндан юрак-қон томир тизими касалликлари мавжуд ва COVID-19 касаллигига чалинган беморларда касаллик нисбатан оғир кечиши ва айрим ҳолларда ўлим ҳолатлари билан яқун топгани статистик маълумотларда келтирилмоқда. Кўпчилик матахасисларнинг такидлашларича, COVID-19 касаллиги йўлдош касалликлари йўқ беморларда энгил шаклда ўтмоқда. Одамларда ҳар хил сурункали касалликларнинг бўлмаслиги кўп жиҳатдан уларнинг тиббий-гигиеник саводхонлигига бевосита боғлиқ ҳисобланади.

Болаларда гигиеник кўникмаларни шакллантиришда умумий гигиена қонун-қоидалари билан бир вақтда, шахсий гигиеник кўникмаларни бериш ва тушунтириш, болалар жамоасида ҳар бир болада шахсий гигиена кўникмаларининг тўлақонли шаклланишига асос бўлиб хизмат қилади. Тананинг ҳар бир қисми учун махсус гигиеник меъёрлар алоҳида белгилаб қўйилган. Масалан соч, тери гигиенаси, кўз, қулоқ, бурин тешиклари ва оғиз бўшлиғи гигиенаси қоидаларига риоя қилиш, қайд этилган аъзоларимизни ўнлаб ҳар хил юқумли ва юқумсиз саматик касалликлардан сақлашга ёрдам беради. Ички кийимларни ўз вақтида алмаштириш ва уларнинг тикилиш материалларига қўйиладиган гигиеник талаблани бажариш, бола терисини кўпгина касалликлардан ҳимоя қилади. Тирноқларни ўз вақтида олиб тозалаб туриш, оёқ кийими гигиенасига риоя қилиш, бошқа одамларнинг оёқ кийимлари билан алмаштирмаслик, уларни тез-тез дезинфекция қилиб туриш, кишини турли хилдаги юқумли тери ва паразитар касалликлардан ҳимоя қилади.

Организмининг турли хил чиқитлардан ўз вақтида тозалаш ҳам шахсий гигиена қоидаларидан бири саналади. Агар организмни бутун бошли бир завод десак, унинг охириги инсон учун энг зарур бўлган махсулоти бу энергия саналади. Ушбу энергияни ишлаб чиққунга қадар организмда ўнлаб, юзлаб, модда алмашинув жараёнлари содир бўлади. Овқатлиқ махсулотлар таркибидан организм учун керакли моддаларни синтез қилиб олгандан сўнг пайдо бўладиган қаттиқ, шунингдек модда алмашинув жараёнида катализатор сифатида иштироқ этиб ўз вазифасини ўтаб, кейинчалик организм учун кераксиз махсулотга айланган суюқ чиқиндилардан танани ўз вақтида холи этиш ҳам, шахсий гигиеник кўникмаларнинг энг муҳим бўлаги саналади. Акс ҳолда у заҳарга айланиб, организмнинг заҳарланишига олиб келади.

Болалар кўчада ўйнаб келганларидан кейин, кечқурун ётишдан олдин душ қабул қилиш, айниқса тананинг букланадиган жойларни, қўл ва оёқ бармоқларининг ораларини яхшилаб совунлаб ювиши,

камида ҳафтасига бир марта ички кийимларни алмаштириш кабилар ҳам ҳар хил тери ва замбуруғ касалликларнинг олдини олишга ёрдам биришининг гигиеник жиҳатларини уларнинг онгига сингдириш ҳам гигиеник тарбиянинг ажиралмас бир бўлаги саналади. Тиш четкалари, тароқлар, тирноқ олгичлар, ўғил болалар балоғат ёшига етганларида саққол олгичлар, сочиқлар, чойшаблар ҳар бир одам учун алоҳида бўлиши, айниқса оёк кийимларни алмашиб киймаслик каби гигиеник меърлар батафсил тушунтирилса, бу ҳолатлар болаларда ёшлигидан ижтимоий меъёр кўринишидаги гигиеник тарбия элементлари сифатида шаклланади. Айниқса ҳозирги даврда болаларга организм учун зарарли таъсир қилувчи телефон аппаратлари, планшетлар, компьютер экранлари олдида узоқ вақт ўтиририш, телекўрсатувларни танафуссиз узоқ вақт кўриш, уларнинг сезги аъзоларига, айниқса кўриш ва эшитиш тизимида салбий таъсир қилиши, хотирасининг пасайиши, шунингдек ривожланишдан орқада қолиб кетишига олиб келиши, ҳар хил ўйинларни узоқ вақт ўйнашлари, кейинчалик бу ҳолат тобеъликка олиб келиши, организмнинг биоритим тизимининг бузилишига, бу ўз навбатида иммунитетнинг кескин пасайиб кетишига сабаб бўлишини ва бу оғир ҳасталик эканлигини олдиндан мукамал тушунтириш, кейинги босқич тарбия масканларида, қайд этилган жиҳозлардан самарали фойдаланишларига асос бўлиб хизмат қилади.

Баъзи оилаларда болалар катталарнинг гапига кулоқ солавермасалар, уларни “Ана доқторни чақираман”, “доқторга олиб бораман” кабилар билан кўрқитиб тинчлантиришга одатланганлар. Бу албатда нотўғри ёндашиш. Бундай болаларда ёшлигидан тиббиётга, гигиеник меъёрларга, шунингдек саломатлиги масаласида ўз вақтида шифокорларга мурожаат қилиш кўникмаларининг шаклланишига ҳалақат беради ва тиббий-гигиеник назардан турмуш тарзининг носоғлом шаклланишига сабаб бўлади.

Болаларга саломатлик ва уни ифодаловчи компонентлари тўғрисида кўпроқ гапириш керак. Негаки кўп одамлар ўзларида бирон бир касаллик бўлмаса, ўзларини тўлақонли соғлом деб биладилар. Бу ҳам албатда бир тломонлама ёндошиш саналади. Инсон ҳамма томонлама баркамол бўлиши, яъни жисмоний, руҳий, маънавий ва ижтимоий жиҳатлари билан ҳам соғлом бўлиши керак. Бундай саломатлик даражасига эришиш учун, болада ёшлигидан тиббий-гигиеник дунёқараши мукамал шаклланган бўлмоғи зарур. Албатда, оилада ёшлиқда олган ва ўзлаштирилган мустахкам тиббий-гигиеник билим, малака ва кўникмалар, оиладан кейинги ижтимоий институтлар, яъни болалар боғчаларида, мактабларда, академик лицей, техникумлар ва олий ўқув юртларида ўқитиладиган махсус тиббий билим асосларига йўналтирилган фанларни ўқиш орқали оилада шаклланган тиббий-гигиеник тажрибалари янада ривожланади ва такомиллашади. Негаки, ўқув юртларида тиббий-гигиеник кўникмалар махсус ўқув режаси ва дастурлар асосида ўқитилади.

Натижада болаларда соғлиқ, касаллик, касал, касаллик келтириб чиқарувчи салбий омиллар, уларнинг одам организмга таъсир қилиш механизмлари, улардан сақланиш усуллари, ташқи муҳит ва организм, улар ўртасидаги табиий мувозанат, унинг бузилиш сабаблари ҳамда унинг оқибатлари тўғрисидаги маълумотларга эга бўладилар. Болаларда тиббий-гигиеник тарбия мукамал бўлади қочонки, оилада ва ўқув юртларида берилган бу йўналишдаги тарбия элементлари бир-бирларини тўлдириб, мувозанатлаштириб ва бири иккинчисига мос, қўллаб-қувватлаган, энг асосийси ҳамкорликда амалга оширилса. Яъни тарбия битта мақсадга қаратилиб у концентрилланган бўлиши шарт. Шундагина у самарали натижа беради. Энг асосийси, биз болага тўғри тиббий-гигиеник тарбия бераётган вақтда, у бир-неча ташқи ижтимоий гуруҳлар таркибида ва таъсирида бўлиши мумкин. Худди шу вақтда болага салбий кўринишдаги тиббий-гигиеник, қўштирноқ ичидаги тарбиялар ҳам берилётган бўлишини унитмаслик керак.

Айтайлик тамаки ёки нос чекиш, спиртли ичимликларни суйистеъмол қилиш, ҳатто гиёҳванд моддаларни қабул қилиш, нотўғри овқатланиш, жисмоний нофаоллик ва бошқа шунга ўхшаш инсон соғлиғига салбий таъсир қилувчи зарарли одатларни ўзлаштириб олиш билан боғлиқ жараёнлар ва ҳакоза. Биз катталар тарбиянинг иккита палласи, яъни битта йўналишда, ҳам ижобий, ҳам сабий тарбий таъсирлари бўлиши мумкин бўлган тарбия жараёнлари бўлишини бир дақиқа ҳам унутмаслигимиз керак. Тиббий-гигиеник салбий тарбия элементларини ўзлаштириб олишининг асосида, болада олдиндан шаклланган иродавий тарбияланганликнинг тутган ўрни ҳам жуда муҳим аҳамият касб этади. Болалар кўплаб орттирилган ёмон одатларни ўзларининг иродасизликлари сабаблигина ўзлаштириб оладилар ва иродаси сустлиги сабабли ундан воз кеча олмайдилар. Бугун статистик маълумотлардан маълумки, айниқса юқорида қайд этилган зарарли одатларни ўзлаштириб олган ва устига сурункали касалликлари мавжуд беморларда COVID-19 касаллиги нисбатан оғир кўринишда кечиши ёки айрим ҳолларда ўлим билан якунланмоқда.

Хулоса

1. COVID-19 касаллигининг аҳоли орасида тарқалишида одамларнинг тиббий-гигиеник билим даражаси ва унга канчалик риоя қилишлари ҳамда соғлом ҳаёт тарзи ва унинг маънавий асосларининг шаклланиши даражаси муҳим омил бўлиб хизмат қилади.

2. Аҳоли, айниқса ёшлар орасида уларнинг тиббий-гигиеник саводхолигини ошириш, уларнинг бу йўналишдаги билим, малака ва кўникмаларини, шунингдек одамлар орасида соғлом ҳаёт тарзи элементларини тўлақонли шакллантириш, мамлакатда COVID-19 касаллиги тарқалишининг олдини олишга ва натижада аҳоли саломатлик даражасини яхшилашга хизмат қилади.

COVID -19 ПАНДЕМИЯСИНИ КАМАЙТИРИШДА АҲОЛИ ОРАСИДА ТИББИЙ-ГИГИЕНИК ТАРБИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

Абдуллаев И.К.

Муаммонинг долзарблиги шундаки мамлакатимизга 2020 йил март ойида кириб келган ва қисқа давр ичида кенг аҳолини қамраб олишга улгурган COVID-19 касаллигининг тарқалишида энг асосий етакчи омил ва жараёни ҳаракатлантирувчи кучлардан бири, бу аҳолининг тиббий-гигиеник саводхонлиги ва тарбияси эканлиги, ўтган саккиз ой давомида ўзлаштирилган тажрибаларда ўз исботини илмий жиҳатдан

тасдиқлади.

Ушбу муаммонинг мавжудлиги айниқса мамлакатимизда COVID-19 асаллиги пандемияси даврида яққол сезилиб қолди. Аҳоли, айниқса ёшлар орасида уларнинг тиббий-гигиеник саводхонлигини ошириш, уларнинг бу йўналишдаги билим, малака ва кўникмаларини, шунингдек одамлар орасида соғлом ҳаёт тарзи элементларини тўлақонли шакллантириш, улар орасида COVID-19 касаллигининг тарқалишининг олдини олишга ва натижада аҳоли саломатлик даражасини яхшилашга хизмат қилади.

УДК 616.33-002.44:616.33.342

ДИЕТОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ COVID -19 В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Абдуллаев Р.Б., Азизова Ф.Л., Палванова У.Б.

EKOLOGIK JIXATDAN NOQULAY BO'LGAN JANUBIY OROL BO'YI SHAROITLARIDA COVID -19 FONIDA YARA KASALLIGI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA DIETAERAPIYA

Abdullaev R.B., Azizova F.L., Palvanova U.B.

DIET THERAPY OF PATIENTS WITH ULCER DISEASE ON THE BACKGROUND OF COVID-19 IN ENVIRONMENTALLY UNFAVORABLE CONDITIONS OF THE SOUTHERN ARAL SEA REGION

Abdullaev R.B., Azizova F.L., Palvanova U.B.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ташкентская Медицинская академия

Yara kasalligiga qarshi yangi №1 parxezni asoslash ekologik noqulay Orol bo'yi sharoitlarida COVID-19 fonida kechayotgan oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yara kasalliklarida dietaterapiya ijobiy chora xisoblanadi.

Xorazm mintaqasi aholisi tomonidan keng iste'mol qilinadigan milliy-maxalliy taomlar asosida yaraga qarshi №1 Xz (Xorazm) parxezining yangi varianti ishlab chiqildi va amaliyotga tavsiya etildi.

Ushbu dietoterapiya organizmning gemoglobin miqdorini ko'tarish, immun tizimini mustaxkamlash, biologik faol va ozuqa moddalari va vitaminlar yetishmovchiligini to'ldirish, shuningdek, organizmning infeksiyalarga chidamliligini oshirish uchun mo'ljallangan.

Kalit so'zlar: dietoterapiya, yara kasalligi, COVID -19, ekologiya, parhez №1Xz., Janubiy Orol buyi.

Substantiation of the new version of the antiulcer diet No. 1 is an appropriate measure in the complex of diet therapy of gastric ulcer and duodenal ulcer against the background of COVID-19 in conditions of environmental disadvantage.

On the basis of national dishes widely consumed by the population of the Khorezm zone, a new version of the anti-ulcer diet has been developed and recommended for practice - diet No. 1 Kz (Khorezm).

This diet therapy is designed to strengthen the immune system, replenish the deficiency of biologically active and nutrients and vitamins, as well as increase the body's resistance to infections.

Key words: diet therapy, ulcer disease, COVID -19, ecology, diet №1Kz, Southern Aral Sea.

История изучения язвенной болезни началась раньше, чем появился термин «гастрит», предложенный врачом армии Наполеона БРУССЕ - 1823 г. Сейчас начался новый этап в изучении патогенеза и лечения гастрита, язвы желудка, язвы двенадцатиперстной кишки (8).

В последнее десятилетие наблюдается тенденция к росту язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДК), в том числе и в экологически неблагоприятных условиях Южного Приаралья, куда входят республика Каракалпакстан, Хорезмская область и Ташаузская область Туркменистана.

Особое значение диетического питания имеет при лечении болезней желудочно-кишечного тракта, где происходит расщепление пищи и всасывание её отдельных компонен-

тов в кровь (2). Общепринятая диетотерапия и популярные препараты, помогающие при язве, гастрите и изжоге, могут ухудшить состояние пациентов с коронавирусной инфекцией. Сниженный уровень соляной кислоты, вызванный приемом определенных лекарств, снижает барьерную функцию желудка и изменяет микробиоту кишечника. Это способствует повышенному проникновению вирусных частиц через слизистые оболочки и усугубляет заболевание. Главные задачи такого питания – это повышение уровня гемоглобина, укрепление иммунитета, восполнение дефицита биологически активных и питательных веществ и витаминов, а также повышение сопротивляемости организма к инфекциям (1,6). Надо понимать, что при соблюдении правильного режима питания речь идет в большей степени о белках с аминокислотным составом. Это яйца, творог, рыба,

нежирное мясо, рис, орехи, соя. Полиненасыщенные жирные кислоты серии омега-3 влияют на многие процессы в организме. Они способствуют снижению тромбообразований и воспалительных процессов (7).

Общеизвестно, что лечебное питание способствует оптимальному расщеплению и всасыванию пищи в патологически поражённом желудочно-кишечном тракте; в комплексе с фармако- и физиотерапией даёт желательный эффект и тем самым занимает важное место в арсенале мероприятий по окончательному выздоровлению больных; играет немаловажную роль в стадии ремиссии болезни, способствуя ускорению эффективности лечебных процедур процесса, а также предотвращению рецидивов и осложнений болезни (5).

Сказанное в полной мере касается нередко встречающейся патологии желудочно-кишечного тракта - язвенной болезни, лечение которой не представляется возможным без правильно организованной диетотерапии с учётом влияния на больной организм не только внутренней и внешней окружающей среды, но и вирусной инфекции.

Известно, что неблагоприятная экосреда оказывает угнетающее действие на иммунный статус, вызывает нарушения в основных звеньях метаболических процессов организма, а во внешней среде - способствует уменьшению урожайности сельхозпродукции и уменьшению качественных показателей пищевых продуктов (3). Эти обстоятельства, естественно, следует учитывать при составлении рационов лечебного питания для больных с язвенной болезнью проживающих в условиях экологического неблагополучия.

При разработке (корректировке) противоязвенных диет применительно к региональным условиям проживания населения необходимо также обращать внимание на характер питания коренного населения, стереотипы в питании широкое употребление тех или иных национальных блюд и т.п. (4).

С учетом вышеизложенного нами изучен и проанализирован характер питания, ассортимент и гигиенические показатели широко употребляемых национальных блюд коренного населения Хорезмской зоны республики с целью обоснования возможности их включения в противоязвенные рационы лечебного питания.

Изучение соответствующих литературных источников свидетельствует о том, что проблемой диетологии главным образом занимается институт питания АМН Российской Федерации, теоретические и научно-практические материалы, которого обобщены в «Справочнике по диетологии» 1-го и 2-го издания.

В Республике Узбекистан исследования в этом направлении проводились сравнительно давно в Ташкентском медицинском институте, итогом которых явилась разработка узбекского варианта противоязвенной диеты №1 узб. В последнее время в республике целенаправленные научные работы, посвященные данному вопросу не проводились.

Цель исследования: разработка обновленного варианта противоязвенной диеты №1 у больных с COVID -19 с включением в рацион лечебного питания узбекских национальных, в том числе Хорезмских блюд. С помощью данной диетотерапии достиг повышение уровня гемоглобина, укрепление иммунитета, восполнение дефицита биологически активных и питательных веществ и витаминов, а также повышение сопротивляемости организма к инфекциям.

Методы исследований. Задачи работы выполнены с использованием общепринятых расчетных методов с помощью действующих в республике справочных таблиц и рецептур блюд.

Исследования проводились в два этапа; выбор диетических блюд и разработка обновленного варианта диеты.

Выбор блюд осуществлялся путем обстоятельного изучения нутриентного состава, энергетической ценности и способа кулинарной обработки, широко употребляемых коренным населением национальных блюд. При этом обращалось внимание на те качества и свойства блюд, которые удовлетворяют общепринятым требованиям и требованиям, предъявляемым к противоязвенным диетам (механическое, химическое и термическое щажение слизистой желудочно-кишечного тракта).

Разработка диеты производилась по общепринятой методологии составления диет с учётом основных принципов диетотерапии язвенной болезни. При этом обращено внимание на особенности национальной кухни, технологию приготовления традиционных национальных блюд, обычаи и привычки местного населения в области организации питания.

Ниже приводится перечень выбранных основных узбекских национальных и хорезмских блюд, которые рекомендуются включить в однодневное (семидневное) меню диеты №1.

Узбекские национальные блюда: шавля - рисовая каша с мясом, морковь и луком; ширгурунч - рисовая молочная каша; сутли шурпа - молочный суп; шир-хорда - молочный суп с рисом; мастава - суп рисовый с мясом (или без мяса); яуган хорда - разновидность хорды-маставы, приготовленная без сала и мяса; кийма шурпа - суп с фрикадельками; товук шурпа - куриный бульон (из нежирных сортов кур, лучше цыплят), чучвара - пельмени; куймок - омлет; ширчай - чай с молоком и сливочным маслом

Хорезмские блюда: балик шурва - рыбный суп; мастава - суп рисовый с мясом (или без мяса); шувит оши - суп с укропом; кок урикли ун оши - суп с домашней лапшой с сушеным урюком; сут бурунчи - молочная рисовая каша; говача барак - пельмени фигурные; кук барак - пельмени с зеленью; тухум барак - пельмени с яйцом; шавля — каша рисовая с морковью и луком (айрон -кислое молоко, разбавленное водой).

На основе перечисленных блюд и некоторых пищевых продуктов, рекомендованных при язвенной болезни сочетанной с коронавирусной инфекцией, разработан вариант примерного однодневного меню диеты №1 Хз («Хз» - хорезмский). Ниже приводится описание этой диеты.

Общая характеристика. Назначается через 12-15 дней (после приема диеты №1а и 1б). Целевое назначения диеты механическое и термическое щажение слизистой оболочки желудка. Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, умеренным ограничением пищевой поваренной соли-до 8-10 г и сахара -до 30 г, ограничены блюда, содержание клеточные оболочки.

Диета назначается больным местной национальности, а также европейцам, адаптированным к национальной кухне.

Кулинарная обработка. Блюда готовятся в отварном, протертом, рубленом виде и на пару, супы - на слабом бульоне.

Энергетическая ценность - в пределах 3000 ккал. Нутриентный состав: белков 90-100 г, жиров 90-100 г (из

них 1/3 растительных масел), углеводов 350-400 г, свободной жидкости 1,5 л. Масса суточного рациона - 3 кг.

Режим питания - дробный, 4 - 5 раз в сутки. В жаркое время года большая калорийность рациона переносится на прохладное время суток (ранее утро, вечер).

Рекомендуемые блюда и продукты. Холодные запуски (без острых заправок): салаты из спелых овощей, овощей с мясом; картофель, морковь, свекла, кабачки, тыква в виде пюре, паровых пудингов. Первые блюда: мастава, хорда, кайнатма шурва (вареный суп), балик шурва (суп рыбный), ширкавак (суп молочной с тыквой), суп вермишелевый, ширхорда (суп рисовый с молоком), шувит оши (суп с укропом), ун оши (суп с лапшой и сушеным урюком), молочный суп с лапшой; супы протертые овощные (из моркови, картофеля, свеклы). Вторые блюда: нежирные сорта мяса и рыбы без сухожилий, фасций, в основном рубленые парового приготовления или сваренные в воде; чучвара, шавля, мясо отварное, кук барак (пельмени с зеленью), тухум барак (пельмени с яйцом), лагман, кавак манты (манты с тыквой), молочные протертые каши (кроме лшеной), молочные продукты (творог, сливки, сметана), яйцо всмятку, паровые омлеты; фрукты, соки свежих фруктов, фруктовые соусы; чай с молоком, (айрон - кислое молоко, разбавленное водой) сыр неострый, сливочное масло; растительные масла в натуральном виде.

Запрещается: продукты, обладающие выраженным сокогонным действием и содержащие грубую растительную клетчатку крепкие мясные бульоны, рыбные и овощные навары, соления маринады и острые приправы, жареные мясо и рыба, консервированные продукты и копчености, некоторые виды зелени и овощей (щавель, редис, редька, шпинат); сдобное тесто, мороженое, газированные напитки; черный хлеб, кофе.

Нижеприводимая таблица 1 отражает примерное одностороннее меню диеты №1Хз.

При составлении меню и расчете их нутриентного состава и энергетической ценности использованы действующие в масштабе республики соответствующие справочные руководства и методические документы, а также учтены принципы и нормативные величины рецептур как европейских, так и узбекских национальных блюд, а также установленные технологии их приготовления.

Включив в меню, апробированные европейские блюда, используемые при составлении противоязвенных диет и вышеприведенные рекомендуемые узбекские национальные и хорезмские блюда, составляются примерные семидневные меню диеты №1 Хз.

Результаты исследований. В настоящее время данный вариант рекомендованной нами диеты №1 Хз при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне COVID-19 в экологически неблагоприятных условиях Южного Приаралья, точнее в Хорезмской области проходит апробацию в установленном порядке. Предварительные данные - положительные.

Выводы: 1. Обоснование нового варианта противоязвенной диеты №1 является целесообразным мероприятием в комплексе диетотерапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне COVID-19 в условиях экологического неблагополучия.

2. Уточнен перечень узбекских национальных и хорезмских блюд рекомендуемых для включения в рацион питания противоязвенных диет при коронавирусной инфекции.

3. На основе национальных блюд широко употребляемых населением Хорезмской зоны, разработан и рекомендован в практику новый вариант противоязвенной диеты - диета №1 Хз (Хорезмский).

Таблица 1.

Примерное однодневное меню диеты №1 Хз (2950 ккал)

Время приема пищи. Наименование блюда	Выход, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы,г
Первый завтрак				
Яйца всмятку (2 штуки)	96,0	10,2	10,9	0,5
Сутбурунчи	250,0	7,0	5,5	52,5
Чай с молоком	180,0	1,4	1,7	2,2
Второй завтрак				
Печеное яблоко	100,0	0,3	-	23,2
Обед				
Мастава	450,0	13,0	17,0	53,0
Отварное мясо	40,0	8,2	5,4	-
Картофельное пюре (гарнир)	200,0	4,0	6,2	32,3
Фрукты свежие	100,0	0,4	0,4	9,0
Полдник				
Отвар шиповника (1 стакан)	180,0	-	-	-
Сухари из лепешек	50,0	-	-	-
Ужин				
Говача барак	230,0	20,0	13,0	47,0
Сметана	20,0	0,6	2,5	0,6
Чай с молоком	180,0	1,4	1,7	2,2

На ночь				
Молоко (1 стакан)	200,0	5,6	7,0	9,0
На весь день				
Лепешки	300,0	28,0	1,2	31,4
Сахар	30,0	-	-	29,9
Масло сливочное	20,0	0,12	16,5	0,9
Всего	-	101,0	91,6	385,0

Примечание, сухари на полдник выдается из суточного количества лепешки.

Литература

1. Зокирходжаев Ш.Я. Коронавирус инфекцияси профилактикаси ва даволашда организмнинг иммунобиологик хусусиятини оширувчи овқатланиш мажмуаси // Вестник Ташкентской медицинской академии. Ташкент. 2020. №4. С. 183-187.
2. Красношлык Я.Е. Диета и диета при заболеваниях // Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. - 2016. -№4 (7). -С 1-7.
3. Мукашева Б.Г. Влияние климата на состояние здоровья Приаралья // Журнал Гигиена труда и медицинская экология. -2015. -С. 169-179.
4. Соболева Л В., Заликина Л.С., Шумов Н.Е. и др. Рекомендации по лечебному питанию при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Медицинская помощь. -1996. -№7. -С. 13-17.
5. Уголев А.М. Теория адекватного питания // Клиническая медицина. - 2016. - №4. - С. 15-24.
6. Шайхова Г.И. Озиқ-овқат махсулотлари таркибий қисмларининг биологик аҳамияти. Соғлом овқатланиш – саломатлик мезони. Монография. 2015.
7. Шайхова Г.И. Продукты для повышения иммунитета. Международная научно-практическая конференция «Абу Али ибн Сино: Здоровье и экология. 2020. С.72.
8. Чечулин У.С. Подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в историческом аспекте. Международный научно-исследовательский журнал. -2020. -№1.(91). Часть1. -С.-83-86.

ДИЕТОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ COVID -19 В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Абдуллаев Р.Б., Азизова Ф.Л., Палванова У.Б.

Обоснование нового варианта противоязвенной диеты №1 является целесообразным мероприятием в комплексе диетотерапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне COVID-19 в условиях экологического неблагополучия.

На основе национальных блюд широко употребляемых населением Хорезмской зоны, разработан и рекомендован в практику новый вариант противоязвенной диеты - диета №1 Хз (Хорезмский).

Данная диетотерапии предназначена для повышение уровня гемоглобина, укрепление иммунитета, восполнения дефицита биологически активных и питательных веществ и витаминов, а также повышения сопротивляемости организма к инфекциям.

Ключевые слова: диетотерапия, язвенная болезнь, COVID -19, экология, диета №1Хз, Южное Приаралье.

“А” ТОИФАСИДАГИ ХОДИМЛАРНИНГ ФИЗИОЛОГИК КУНЛИК ОВҚАТЛАНИШ МЕЪЁРЛАРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Абдукадилова Л.К., Саломова Ф.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ЕЖЕДНЕВНОГО ПИТАНИЯ СОТРУДНИКОВ КАТЕГОРИИ «А»

Абдукадилова Л.К., Саломова Ф.И.

RESULTS OF THE STUDY OF PHYSIOLOGICAL DAILY DIET OF EMPLOYEES OF CATEGORY “A”

L.K. Abdukadirova, F.I.Salomova

Тошкент тиббиёт академияси

На основе гигиенических требований к рациональному питанию изучены суточные и еженедельные режимы питания 23 медперсонала, работающих на источнике ионизирующего излучение. Согласно полученным результатам, питательные вещества в рационе взаимно совместимы: 1: 1: 4. Выяснилось, что питание персонала не распределялось должным образом как у женщин, так и у мужчин в течение дня. Например, по калорийности диеты завтрак должен составлять 30-35%, обед 35-45% и ужин 25-30%. В исследуемом нами контингенте завтрак составил 20-25%, обед 25-30% и ужин 55-60%.

Ключевые слова: , рациональное питание, белок, жир, углеводы, диета

On the basis of the hygienic requirements for a rational diet, the daily and weekly dietary regimes of 23 medical personnel working at a source of ionizing radiation were studied. According to the results obtained, nutrients in the diet are mutually compatible: 1: 1: 4. It turned out that staff meals were not properly distributed to both women and men during the day. For example, according to the calorie content of the diet, breakfast should be 30-35%, lunch 35-45% and dinner 25-30%. In the surveyed contingent, breakfast was 20-25%, lunch 25-30% and dinner 55-60%.

Key words: rational nutrition, protein, fat, carbohydrates, diet

Мавзунинг долзарблиги

Зарарли касбларда ишлавчи ишчиларни давловчи-профилактик овкатлар билан таъминлаш 2016 йил 22 сентябрь,

ЎРҚ-410-сон Ўзбекистон Республикасининг Меҳнатни муҳофаза қилиш тўғрисидаги Қонунининг 9-моддасида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг меҳнатни муҳофаза қилиш соҳасидаги ваколатлари айтиб ўтилади. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги: ишлаб чиқариш муҳити омилларининг зарарлилиги ва хавфлилиги, меҳнат жараёнининг оғирлиги ва тиғизлиги кўрсаткичлари бўйича санитария қоидаларини, нормаларини ва гигиена нормативларини белгилаб меҳнат шароитлари ноқулай ишларда банд бўлган ходимларга бериладиган сутни (шунга тенг бўлган бошқа озик-овқат маҳсулотларини), даволаш-профилактика озик-овқатини бериш нормативларини белгилайди; ҳамда УзР нинг «Меҳнат ҳақидаги қонунларнинг асоси» да келтирилганидек овқат маҳсулотларининг миқдори ва уларнинг таъсир кўрсатиш табиати зарарли омилларнинг тури ва касбларга мувофиқ белгиланади. Овқатларнинг зарурий специфик таъсирини ҳисобга олиб 5 та даволловчи-профилактик рационлар ишлаб чиқилган бўлиб, №1- рацион - ионлантирувчи нурланиш манбалари билан алоқада бўладиган шахслар учун мўлжалланган. Бу рацион организмда ёг алмашинувини стимуллайдиган ва жигарнинг антитоксик функциясини оширувчи овқат маҳсулотларидир. (1)

Ишимизнинг мақсади. Ионлантирувчи нур манбасида ишловчи 23 нафар тиббиёт ходимларнинг оқилона овқатланишга қўйилган гигиеник талаблар асосида бир кунлик ва бир ҳафталик овқатланиш тартиби ўрганилди.

Олинган натижалар. Овқатланишнинг физиологик кунлик меъёрлари - бу овқатли моддалар ва энергия миқдорлари бўлиб, организмнинг ёши, жинси, меҳнат фаолиятининг турига мувофиқ организмнинг физиологик эҳтиёжини қондириш учун белгиланган меъёрлардир.

Физиологик овқатланиш меъёрлари фақат гигиеник аҳамиятга эга бўлмай, балки ижтимоий аҳамиятга ҳам эгадир, чунки уларнинг «истемол халтачасини» ҳисоблаш учун муҳим ҳисобланади.

Айни биз ўрганаётган ионлантирувчи нур манбасида ишловчи «А» тоифасидаги ходимлар меҳнат фаолиятига кўра СанҚМ 0105-01 "Среднесуточные рациональные нормы потребления пищевых продуктов по половозростным, профессиональным группам населения Узбекистана" хужжатида асосан 2 гуруҳга, яъни енгил жисмоний меҳнат билан шуғулланувчилар \инженер-техник ходимлар, автоматлаштирилган корхона ишчилари, тикувчилар, алоқа ходимлари, хамширалар, санитаркалар ва б.қ.\

Бизга маълумки, «А» тоифасига мансуб тиббиёт ходимлари ва хамширалар ўзларининг меҳнат тури ва унинг оғирлигига кўра 2- гуруҳга мансубдирлар СанҚМ 0105-01 "Среднесуточные рациональные нормы потребления пищевых продуктов по поло-

возростным, профессиональным группам населения Узбекистана". (2)

«А» тоифасига мансуб аҳоли учун эса пархез таом саналмиш рацион № 1 киритилади, бу радиоактив моддалар ва ионловчи нурланиш манбалари билан алоқада ишлайдиган, шу жумладан: 1) уран ва торий рудаларини қазиб олишда; уран, торий, тритий, радий, торий-228, радий-228, актиний-228, полоний, трансуранли элементлар, уран ва торийнинг бўлиниш маҳсулотларини олиш ва қайта ишлашда бевосита банд бўлган (юклаш ва сақлаш ишлари ҳам шу жумладан); 2) тадқиқот, ташиш, тажриба-ишлаб чиқариш атом реакторларида, уларнинг прототипларида, критийғмалар ва импульсли реакторларда, тажриба термоядро ускуналаридаги қудратли изотопли нурлантирувчи г-ускуналарида банд бўлганлар учун ишлаб чиқилган. Рацион организмга антиоксидант нутриентлар, липотроп субстратларнинг қўшимча тушишини таъминлаши ва организмнинг радиоюкламадан муҳофазаланишини таъминлаши, липидларнинг пероксидли оксидланишини бартараф этиши ва радиацион мутагенез асоратларини пасайтириши лозим.

Шунга кўра, оқилона овқатланишга қўйилган гигиеник талаблар асосида текширилган тиббиёт ходимларининг бир кунлик ва бир ҳафталик овқатланиш тартиби ўрганилди ва қуйидаги хулосага келинди:

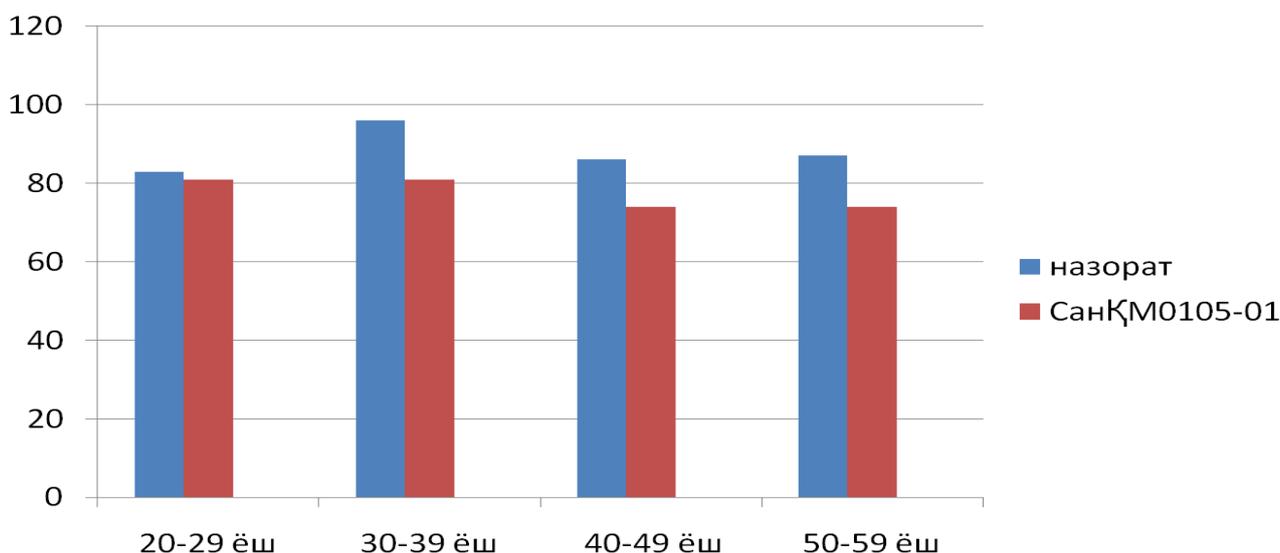
1. Кунлик рацион организмнинг ёши жинси, меҳнат фаолиятининг турига мувофиқ озукли моддалар ва зарурий энергияга булган физиологик эҳтиёжини қондирмаслиги аниқланди.

Оқсилга бўлган эҳтиёж, аёл ходимларда ҳам эркак ходимларда ҳам бир кунлик оқсилга бўлган эҳтиёж СанҚМ 0105-01 меъёридан хар бир ёш гуруҳларида талаб даражасида эмас. Оқсилга бўлган эҳтиёж, масалан аёлларда ўртача 3-10 граммга, эркакларда эса ўртача 2-7 граммга кам эканлиги аниқланди.

Ёғга бўлган эҳтиёж эса, 1-диограммада келтирилган рақамларга асосланиб, шундай хулоса қилиш мумкин, ёғларга бўлган эҳтиёж аксинча меъёридан ортиқча истеъмол қилиниши аниқланди, масалан, аёллар ўртача 2-15 граммгача, эркакларда эса 2-7 граммгача ортиқча истеъмол қилиниши аниқланди. Ёғ миқдорининг ортиқчаллиги хайвон ёғи турига тўғри келиши ўрганилди.

Углеводларга бўлган эҳтиёж эса, хар икки жинсда ҳам меъёрдан ортиқчароқ. (аёлларда-20-60, эркакларда эса -5-50 граммгача фарқланади). Аёллардаги углеводларнинг ортиқчаллиги улар томонидан ширинлик ва кондитер маҳсулотларини кўпроқ истеъмол қилиниши натижасида деб эътироф этиш мумкин, сабаби, олинган сўровномага тахлилига кўра 76 фоиз аёллар ширинликларни севиб истеъмол қилишларини айтганлар.

Ходимларнинг бир кунлик энергетик қуввати(ккалл) ҳам меъёрдан бир оз фарқланади, яъни хар икки жинсда ҳам 100-250ккалл гача кам эканлиги аниқланди.



1-диограмма.

Шу билан бир қаторда рационда витаминлар танқислиги кузатилди, масалан кун давомида витамин "С" организмга меъёрда "А"тоифадаги шахслар учун 150 мг гача тушиши керак бўлган бир вақтда, организмга 40-55 мг гача тушиши аниқланди.

Хуолса. Шундай қилиб, ўрганишлар шуни кўрсатдики, рациондаги озукли моддалар бир-бири билан ўзаро нисбатда. Масалан, асосий озукли моддалар- оксиллар, ёглар ва карбонсувлар ўртача 1: 1: 4.

Ходимларнинг овқатланиши аёлларда ҳам эркакларда ҳам кун давомида тўғри таксимланмаганлигини гувоҳи бўлди. Масалан, рационнинг калориялилиги буйича нонушта 30-35%, тушлик 35-45% ва кечки овқат – 25-30%ташқил этиши керак. Бу эса биз ўрганган контингентда қуйидагича: нонушта 20-25%, тушлик 25-30% ва кечки овқат – 55-60%ташқил этиши аниқланди.

Адабиётлар

1. Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения Узбекистана № 0036-95

2. Средносуточные рациональные нормы потребления пищевых продуктов по полувозрастным, профессиональ-

ным группам населения РУз. СанПиН № 0105-01

3. Справочник по диетологии / Под.ред. В.А.Тутельяна, М.А.Самсонова. – М. : Медицина, 2012

А" ТОИФАСИДАГИ ХОДИМЛАРНИНГ ФИЗИОЛОГИК КУНЛИК ОВҚАТЛАНИШ МЕЪЁРЛАРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Абдукадирова Л.К., Саломова Ф.И.

Ионлантирувчи нур манбасида ишловчи 23 нафар тиббиёт ходимларнинг оқилона овқатланишга қўйилган гигиеник талаблар асосида бир кунлик ва бир хафталик овқатланиш тартиби ўрганилди. Олинган натижаларга қўра, рациондаги озукли моддалар бир-бири билан ўзаро мос келади: 1: 1: 4. Ходимларнинг овқатланиши аёлларда ҳам эркакларда ҳам кун давомида тўғри таксимланмаганлиги аниқланди. Масалан, рационнинг калориялилиги буйича нонушта 30-35%, тушлик 35-45% ва кечки овқат – 25-30%ташқил этиши керак. Бу эса биз ўрганган контингентда қуйидагича: нонушта 20-25%, тушлик 25-30% ва кечки овқат – 55-60%ташқил этиши аниқланди.

Калит сўзлар: Ионлантирувчи нур манбаси, оқилона овқатланиш, оқсил, ёғ, углевод, овқат рационали.

ИОНЛАНТИРУВЧИ НУР МАНБАЛАРИ БИЛАН ИШЛОВЧИ «А» ТОИФАСИДАГИ ХОДИМЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШ ХОЛАТИНИ ЎРГАНИБ БАХОЛАШ.

Абдукадирова Л.К., Садуллаева Х.А., Абдуллаева Ў.

ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПИТАНИЯ СОТРУДНИКОВ КАТЕГОРИИ "А", РАБОТАЮЩИХ С ИОНИЗИРУЮЩИМИ ИСТОЧНИКАМИ

Абдукадирова Л.К., Садуллаева Х.А., Абдуллаева Ў.

STUDY AND ASSESSMENT OF THE NUTRITIONAL STATUS OF CATEGORY «A» PERSONNEL WORKING WITH IONIZING SOURCES

Abdukadirova L.K., Sadullaeva Kh.A., Abdullaeva U.

Тошкент тиббиёт академияси

Обеспечение профилактическим питанием работников вредных профессий, как указано в «Основах трудового законодательства» Республики Узбекистан, количество продуктов питания и характер их воздействия определяется типом вредных факторов и профессий. В данном исследовании состояние правильного

питания и профилактического питания лиц, подвергшихся воздействию источников ионизирующего излучение, изучалось на основе анкеты, и были получены следующие результаты: 70% сотрудников не придерживаются здорового образа жизни, а 54% сотрудников не придерживаются правильного питания. Выяснилось, что сотрудники не были обеспечены молоком и молочными продуктами в полном объеме.

Ключевые слова: ионизирующий источник излучение, диета, молоко и молочные продукты, витамины.

Provision of preventive nutrition for workers in harmful professions, as indicated in the «Fundamentals of Labor Legislation» of the Republic of Uzbekistan, the amount of food and the nature of their impact is determined by the type of harmful factors and professions. In this study, the state of proper nutrition and preventive nutrition of persons exposed to sources of ionizing radiation was studied on the basis of a questionnaire, and the following results were obtained: 70% of employees do not adhere to a healthy lifestyle, and 54% of employees do not adhere to proper nutrition. It turned out that the employees were not provided with milk and dairy products in full.

Key words: ionizing radiation source, diet, milk and dairy products, vitamins.

Мавзунинг долзарблиги Зарарли касбларда ишловчи ишчиларни давловчи-профилактик овқатлар билан таъминлаш Даволовчи-профилактик «Мехнат хақидаги қонунларнинг асослари» га мувофиқ (КЗОТ - кодекс зақонлар о труде-нинг 10 булими 177 бандида) ҳамда УзР нинг «Мехнат хақидаги қонунларнинг асоси» да келтирилганидек овқат махсулотларининг миқдори ва уларнинг таъсир кўрсатиш табиати зарарли омилларнинг тури ва касбларга мувофиқ белгиланади.

Текшириш объектлари ва материаллари.

Тадқиқот ишларини олиб бориш учун ТТА клиникасининг рентген, радиология бўлими рентгенолог-врачлари, тиббиёт хамширалари ва кичик тиббиёт ходимлари жами 23-нафар ходим танлаб олинди. Хар бир танлаб олинган шахсга махсус ишлаб чиқилган саволнома билан мушоаба қилинди. Олинган натижалар Ўзбекистон Республикаси санитария меъёрилари, қоидалари ва гигиеник нормативлар билан солиштириб (СанҚМ 0105-01"Среднесуточные рациональные нормы потребления пищевых продуктов по половозростным, профессиональным группам населения Узбекистана") тахлил қилинди.

Олинган натижалар. Тадқиқот натижаларини тахлил қилар эканмиз, текширилган объектлардаги жами 23 нафар ходимнинг 15 нафари аёл кишилар 8 нафари эркак жинсига мансублиги аниқланди. ДПМ даги рентген радиология бўлимидаги ходимларнинг 69,6 фоизи ўрта ёшни яъни 30 ёшдан 49 ёшгача бўлган ходимларни ташкил этиши аниқланди. 20-29 ёшгача бўлган ходимлар 17,3 фоизни ҳамда катта ёшдаги ходимлар - 50 ёшдан 60 ёшгача ва ундан хам юқори ёшдагилар жами 13,1 фоизни ташкил этиши аниқланди.

«А» тоифасидаги шахсларнинг касбига кўра 13,2 фоизи врач-радиологлар, 13,2 фоизи техник ходимлар қолган кўпгина қисмини (73,6 фоиз) эса хамшира ҳамда кичик тиббиёт ходимлари ташкил этади. Ионлантирувчи нур манбасида фаолият кўрсатадиган ходимларнинг иш стажини ўрганилганда уларнинг деярли 39 фоизи 10 йилдан ортиқ ионлантирувчи нур манбаси билан ишлаши аниқланди, 47,6 фоиз ходимлар 5 йилдан ортиқ иш стажига, 13,2 фоиз ходимлар эса 5 йилгача иш стажига эга эканлиги аниқланди.

«Сиз кундалик овқатланиш тартибига риоя қиласизми» деган саволга: «Ха, мен бир кунда 3 махал овқатланаман» деган жавобни сўралганларнинг 72 фоизи, «йўқ мен овқатланиш тартибига риоя қил-

майман» деб жавоб берганлар-15 фоизни, қолган 13 фоизи эса гохида амал қилишларини билдирганлар.

«Нонуштани уйда қиламан» деган ходимлар 85,7 фоизни ташкил этган булса, аксинча деярли 73 фоиз ходимлар кўчада тушлик қилишларини билдирганлар, ходимларнинг 14 фоизи умуман тушлик қилмасликларини билдирган бўлсалар, умуман тушлик қилмайдиган ходимлар кўрсаткичи 13 фоизни ташкил этиши аниқланди.

Сўровда иштирок этган тиббиёт ходимларининг деярли 98 фоизи кечки овқатни уйда қилишлари хақида маълумот берганлар.

«Кўпроқ қандай озиқ-овқат махсулотлари истеъмол қиласиз» деган саволга қуйидагича жавоб олинди:

Эркак ходимларнинг 70 фоизи тўла қийматли, 12-18 фоизи эса «қуруқ паёк» лар билангина чекланишларини айтганлар. Аёл ходимлар эса худди шу саволга мос равишда тула қийматли овқатланувчилар фоизи 38 фоиз, ҳамда «қуруқ паёк» билан озиқланувчилар эса 43 фоизни, қолган аёллар эса кўпроқ ширинликлар (19 фоиз) истеъмол қилишларини билдирганлар.

Соғлом турмуш тарзининг асосий белгиларидан бири зарарли одатларсиз яшашдир. Зарарли одатларга эса спиртли ичимликлар истеъмол қилиш, чекиш ва гиёхвандлик каби иллатлар қиради.

«Сиз зарарли одатлардан спиртли ичимликлар ичасизми, чекасизми» деган саволга эркак ходимлардан қуйидаги жавоб олинди:

«Ха ичаман» - 6,3 фоиз, «гохида байрамларда ичаман» - 54,4 фоиз

39,3 фоиз «йўқ ичмайман» деб жавоб берганлар. Аёл ходимларнинг 3 фоизи «гохида байрамларда ичаман» деб жавоб берган бўлсалар, қолган 97 фоизи умуман спиртли ичимликлар истеъмол қилмасликларини айтганлар.

«Сигарета чекасизми» деган саволга эркак ходимлардан қуйидаги жавоб олинди, яъни, 14,3 фоизи доимий чекишини, 40,4 фоизи гохида қолган 45,3 фоизи умуман чекмаслигини айтганлар, Аёл ходимларнинг 98,7 фоизи умуман чекмаслигини айтган.

Ўзларини хафта давомида ёмон хис қилган ходимларнинг уртача курсаткичлари қуйидагича:

бош оғриғига шикоят қилганлар 20,1 фоиз, белдаги, оёқдаги ва ошқозондаги оғрикларга мос равишда 16 фоиз, Артериал босимнинг ошишига 32 фоиз ходимлар шикоят қилганлар.

Ёмон кайфият ёки асабийлашишга 52-54 фоиз ходимларда шикоят борлиги аниқланди.

Бизга маълумки, зарарли касбларда ишловчи ишчиларни давловчи-профилактик овкатлар билан таъминлаш Даволовчи-профилактик «Меҳнат ҳақидаги қонунларнинг асослари» га мувофиқ (КЗОТ - кодекс законов о труде-нинг 10 бўлими 177 бандида) ҳамда УзР нинг «Меҳнат ҳақидаги қонунларнинг асоси» зарарли иш шароитидаги ишчиларга белгиланган меъёрларга мувофиқ текин сут ёки бошқа тенг қийматли озиқ-овқат маҳсулотлари берилади. Кенг профилактикага мўлжалланган иссиқ нонушталар (ўта зарарли меҳнат шароити мажмуасидан муҳофазалаш билан боғланган)дан фарқли ўлароқ сутни одатда муайян зарарли ишлаб чиқариш омили (моддаси)нинг таъсиридан алиментар профилактика қилиш учун берилади. Таъсирдан сақланиш учун профилактика мақсадларида сут истеъмол қилиш тавсия этилувчи зарарли ишлаб чиқариш омилларининг рўйхатида 1000 дан ортиқ номдаги кимёвий моддалар санаб ўтилади. Текин сут берилиши меъёри сменада 0,5 литрни ташкил этиб, бу қанча вақт давом этишининг аҳамияти йўқ.

Ўзбекистон Республикаси Ҳукумати томонидан тасдиқланган Рўйхатда назарда тутилган ишлаб чиқариш омиллари мавжуд бўлган иш жойларида текин сут берилиши ишчиларнинг ҳақиқий иш билан банд бўлган кунларида амалга оширилади. Ишчиларга сут ўрнига 500 г миқдордаги сут-қатиқ маҳсулотлари (турли навдаги чучук қатиқ (кефир), био-кефир, простокваша, ацидофилин, ёғлиги паст (3,5% гача) ряженка, шунингдек, табиий мева-резавор мевалар қўшилган йогуртлар) берилиши мумкин. Алмаштиришга профилактикавий мақсадга мувофиқлик (пробиотик, десенсибиловчи таъсир ва ҳоказоларга эҳтиёж) ёки индивидуал янги сутни кўтара олмаслик асос бўлиши мумкин. Шу тариқа, антибиотиклар ишлаб чиқариш ёки қайта ишлов бериш билан банд бўлган ишчиларга янги сут ўрнига пробиотиклар билан бойитилган сут-қатиқ маҳсулотлари (бифидобактериялар, нордон-сут бактериялари) ёки янги сут асосида тайёрланган колибактерин берилиши мумкин.

Сут тарқатилиши ва истеъмол қилиниши тамаддиҳоналар, ошхоналарда ёки санитария-гигиена талабларига мос равишда махсус жиҳозланган хоналарда амалга оширилиши лозим. Сут ўрнига пул тўланиши, уни бошқа тенг қийматли озиқ-овқатлар (ишчиларга сут ўрнига берилиши мумкин бўлган, текин берилувчи тенг қийматли озиқ-овқат маҳсулотлари меъёрларида назарда тутилган)дан бошқа маҳсулотлар билан алмаштириш, шунингдек, бир ёки бир неча сменага олдиндан ёки ўтиб кетган сменалар учун сут бериш ва уни уйга бериб юборишга йўл қўйилмайди. Ўта зарарли меҳнат шароитлари билан боғлиқ равишда парҳез-профилактика овқатланишининг бошқа тури – иссиқ нонушта олувчи ишчиларга сут берилмайди.

Шунга мувофиқ, биз тарқатилган сўрономада “Иш жойингдан сизга қўшимча таризда сут ва сут маҳсулотлари бериладими “деб сўроқ берилди ва

унга қуйидагича жавоб олинди: –ха деб 23 фоиз ходимлар тасдиқлаганлар. Қолган 77 фоиз ходимлар бизга сут берилмайди деб жавоб берганлар. Бундай савол жавобни қандай тушиниш мумкин, яъни бир жойда ишлаб туриб ярим ишчига сут берилади-ю, қолганларга берилмайдими деган савол туғилиши табиий. Биринчидан ха сут берилади деб тасдиқлаган ходимларнинг деярли барчаси кичик тиббий ходимлардир, яъни санитаркалар, улар берилган саволга тушинмаганлар, ёки бефарқ ўқиганлар ва ўйламай туриб ха деб жавоб берганлар. Бир жойда, бир бўлимда ишлайдиган врач радиолог ва хамширалар эса йўқ берилмайди деб жавоб берганлар. Шу саволга тўлиқ ва қониқарли жавоб олиш мақсадида ДПМ касаба уюшмаси раисига ҳамда бош шифокор ўринбосарига мурожаат қилинди. Аслини олганда сут берилмаслиги маълум бўлди. Берилиши лозим бўлган сут ойликка қўшимча таризда “зарар ҳаққи” сифатида нақд пул билан берилиши маълум бўлди.

Иш жойингизда бепул тарзда витаминлар берилмайдими деб қўйилган саволга 100 фоиз ходимлар йўқ деб жавоб бердилар.

«Охириги кунларда қандай дори-дармонлар ичдингиз» деган саволга

Шамоллаш ва йуталга деб -27 фоиз; бош огришига – 33 фоиз, қон босимининг ошишига 25 фоиз ва бошқа касалликларга қарши 15 фоиз ходимлар дори-дармонлар қабул қилганлар.

«Сиз узингизни соғлом деб ҳисоблайсизми» деган саволга

ходимларнинг (эркак ва аёл ходимлар мос равишда) 26-68 фоизи «ХА»деб, «Унчалик соғлом эмасман»деб 14,3-10 фоизи, қолганлар эса деярли соғломман деб жавоб берганлар (64,2-21,1 фоиз).

Хулоса

Шундай қилиб, ўтказилган сўровнома натижасидан кўришиб турибдики, гарчи сўралганларнинг деярли 100 фоизи тиббиёт ходимлари бўлсаларда, лекин уларнинг кўпчилиги соғлом турмуш тарзига ва оқилона овқатланишга риоя қилмасликлари маълум бўлди. Шу билан бир қаторда зарарли иш жойларида ишловчиларга сут ва сут маҳсулотлари тўлиқ берилмаслиги маълум бўлди. Текин равишда ходимларни витаминлар билан таъминланиши ҳам жойларда тўғри йўлга қўйилмаганлиги аниқланди.

Адабиётлар

1. Руководство по методом анализа качества и безопасности пищевых продуктов / под.ред. И.М.Скурихина, В.А.Тутельяна. – М. : Брандес : Медицина, 2008.

2. Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний / Серия техн. Докладов ВОЗ. – Женева : ВОЗ, № 880, 1993.

ИОНЛАНТИРУВЧИ НУР МАНБАЛАРИ БИЛАН ИШЛОВЧИ «А» ТОИФАСИДАГИ ХОДИМЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШ ХОЛАТИНИ ЎРГАНИБ БАХОЛАШ.

Абдукадирова Л.К., Садуллаева Х.А., Абдуллаева Ў.

Зарарли касбларда ишловчи ишчиларни давловчи-профилактик овкатлар билан таъминлаш Ўзбекистон Республикасининг «Меҳнат ҳақидаги қонунларнинг асоси» да келтирилганидек овқат

махсулотларининг микдори ва уларнинг таъсир кўрсатиш табиати зарарли омилларнинг тури ва касбларга мувофиқ белгиланади. Ушбу илмий изланишда, ионлантирувчи нур манбалари билан алоқада бўладиган шахсларнинг тўғри овқатланиши ва давловчи-профилактик овқатлар билан таъминлаш ҳолатини анкета сўров асосида ўрганилди ва қуйидаги натижалар олинди: 70% ходимлар соғлом тур-

муш тарзига амал қилмайди, 54 фоиз ходимлар эса оқилона овқатланишга риоя қилмасликлари маълум бўлди. Ходимларга сут ва сут махсулотлари тўлиқ берилмаслиги маълум бўлди.

Калит сўзлар: Ионлантирувчи нур манбаси, овқатланиш тартиби, сут ва сут махсулотлари, витаминлар.

COVID-19 ВИРУСИНING ИНСОН РУҲИЯТИГА ТАЪСИРИ ВА ОҚИБАТЛАРИ БЎЙИЧА ИЛК ПСИХОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАР

Аваязова Д.Ш.

ПЕРВЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ ВИРУСА COVID-19 НА ПСИХОЛОГИЮ ЧЕЛОВЕКА

Аваязова Д.Ш.

THE FIRST PSYCHOLOGICAL RESEARCH ON THE EFFECTS AND CONSEQUENCES OF THE COVID-19 VIRUS ON THE HUMAN PSYCHOLOGY

Avazyazova D.Sh.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Психическое и физическое здоровье взаимосвязаны. Если один из них изменится отрицательно, это неизбежно приведет к отрицательным изменениям в другом. То, что вирус COVID-19 влияет не только на физическое, но и на психологическое здоровье, становится сегодня актуальной проблемой.

Ключевые слова: психика, человек, COVID-19, стресс, депрессия.

Mental and physical health are interdependent. If one of them changes negatively, it will inevitably lead to negative changes in the other. The fact that the COVID-19 virus affects not only physical but also psychological health is becoming a topical issue today.

Key words: psyche, human, COVID-19, stress, depression

Психика жисмоний соғлиққа қисман тўғридан-тўғри ва онгли равишда таъсир қилади. Ўзимизни қанчалик севишимиз, ардоқлашимиз, ғамжўрлик кўрсатишимиз тўғри овқатланиш, етарли уйку, чекиш, хавфсизлик камарларидан фойдаланиш, жисмоний машқлар ва шунга ўхшаш нарсаларга боғлиқ. Бу каби танловларни амалга ошириш – ўз соғлигимиз ва ҳаётимиз ҳақида қайғураётганимизни кўрсатади. Соғлиқни сақлаш ҳолатимизни белгиладиган барча омилларнинг тахминан 90 фоизи ушбу қарорларга боғлиқ. Бугунги кунда бутун дунё аҳолиси учун глобал муаммага айланган COVID-19 пандемияси уларнинг меъерий тартибидаги ҳаёт кечиришлари билан боғлиқ эҳтиёжларини чеклаб қўймоқда. Бу эса инсонлар руҳиятида стресс ҳолатларининг кўпайишига, депрессия ва хавотирлик, ўлим кўрқуви ва параноянинг кучайишига олиб келмоқда. COVID-19 пандемияси инсон ҳаётининг мутлақо барча соҳаларига салбий таъсир кўрсатди. Шунингдек, одамларнинг руҳий ҳолатини қўллаб-қувватловчи жамият ичида бўлишининг ҳар томонлама бузилганлиги туфайли вазият янада оғирлашмоқда. Карантин чекловлари туфайли одамларнинг бир-бири билан ўзаро алоқада бўлмаслиги ҳам унинг салбий таъсирига сабаб бўлади. Шу сабабдан, COVID-19 вирусининг инсон руҳиятига таъсирларини ўрганиш бўйича бир қатор дастлабки тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Тадқиқотлар шуни кўрсатмоқдаки, COVID-19 ўлимга олиб келиши мумкин бўлган жиддий асоратлар кўринишидаги инсон саломатлигига бевосита

таъсирдан ташқари, инсон миясига салбий таъсир кўрсатади. Жумладан: Буюк Британиялик олимлар коронавирус инфекциясига чалинган беморларда юзага келиши мумкин бўлган асоратларини аниқлаш бўйича тадқиқот ўтказдилар. Натижада, тадқиқотчилар коронавирусли беморларга таъсир қиладиган бир қатор руҳий касалликларни аниқладилар. Тадқиқотда коронавирус билан касалланганлиги тасдиқланган 129 киши иштирок этди. Тадқиқотчилар 54 кишида уйқусизлик, 46 беморда ташвиш ва 44 тадқиқот иштирокчиларида сезиларли даражада хотира бузилишини аниқладилар. 42 беморда руҳий тушкунлик, 36 беморда чалкашлик аниқланди. Руҳий асоратлар даволаш курсини муваффақиятли яқунлаган ва тузалиб кетган беморларда ҳам аниқланади. У ерда тузалиб кетганларнинг 32% травмадан кейинги стрессдан, 15% депрессиядан, яна 15% оғир ташвишлардан азият чекишган. Бундан ҳам жиддий руҳий бузилишлар коронавирус курсининг оғир шаклини бошидан кечирган беморларда намоён бўлади - улар тез-тез делириумга, онгнинг хиралашиши, диққат, идрок, фикрлаш ва ҳиссиётларнинг бузилиши билан ажралиб турадиган руҳий касалликка эга. Янги тадқиқот шуни кўрсатадики, ҳар бешинчи COVID-19 касалида руҳий муаммолар пайдо бўлади. Коронавирус касаллигига чалинган одамлар депрессия, уйқусизлик ва бошқа нохуш кўринишга дуч келишади. Шунингдек, Оксфорд университети ва Оксфорд биомедикал соғлиқни сақлаш тадқиқотлари марказининг тадқиқотчиларига кўра, омон қолган-

ларнинг 5% и учун уларга биринчи марта руҳий саломатлик муаммоси қўйилган.

Америка Қўшма Штатлардаги 62000 нафар инсонларнинг COVID-19 касаллиги электрон соғлиқни сақлаш ёзувларини таҳлил қилиш, ташвиш, депрессия ва уйқусизликни энг кенг тарқалган муаммолар деб топди. Тадқиқот натижаларига кўра, илгари психиатрик ташхис қўйилган одамлар коронавирус билан касалланиш эҳтимоли 65 фоизга кўп бўлган. Ушбу таҳлилларни олиб борган тадқиқотчи доктор Макс Тейки, руҳий касалликнинг мавжудлигини COVID-19 хавф омилларига қўшиб қўйиш керак, деб ҳисоблайди. Руҳий касаллик тарихи бўлганлар учун коронавирус билан касалланиш релапс ёки бошқа психиатрик ташхис қўйиш эҳтимолини ошироқда.

Пандемия бошлангандан бери ўпканинг шикастланиши коронавирус келтириб чиқарадиган ягона асоратдан йироқ эканлиги тўғрисидаги тадқиқотлар шуни кўрсатмоқдаки, COVID-19 том маънода мия ва қалбга кириб боради: ҳатто тикланишдан бир неча ой ўтгач, беморларга когнитив нуқсонлар ва ақлий касалликлар аниқланади. Америкалик шифокорлар ҳайратга соладиган маълумотларни келтироқдалар: ўртача ва оғир даражадаги коронавирус билан касалхонага ётқизилган одамларнинг 82 фоизида камида битта неврологик аломат бор. Намуна 500 беморни қамраб олди ва уларнинг деярли ярми (45%) мушак оғриғи, бош оғриғи (38%) ҳақида шикоят қилдилар, беморларнинг учдан бир қисми бош айланиши ва енцефалопатия ҳақида хабар беришди. Беморларнинг 16 фоизида таъм сезгиларининг бузилиши қайд этилган, 11 фоизида ҳид сезгиси йўқолган.

Тадқиқотчилар, шунингдек, COVID-19 билан касалланган беморларга Гилйен-Барре синдроми ташхиси қўйилган ҳолатларни, иммун тизими ўз нерв хужайраларига ҳужум қила бошлаганда, мушакларнинг кучсизланишига ва оғир ҳолатларда фалажга олиб келадиган ҳолатларни тасвишлаб беришди. Беморларнинг сезиларли қисми касалликнинг ўткир босқичида делириум (хира онг) билан дуч келиши мумкин. Айни пайтда ҳеч ким коронавируснинг бундай асоратлари қандай оқибатларга олиб келишини билмайди. Буюк Британиялик шифокорлар ва нейрофизиологлар ўз тадқиқотларининг дастлабки хулосаларини нашр этдилар, бу ҳатто COVID-19 нинг энгил ва ўртача даражадаги шакллари ҳам марказий асаб тизимига узоқ муддатли ва эҳтимол қайтариб бўлмайдиган таъсир кўрсатиши мумкинлиги тўғрисида биринчи далилларни тақдим етди. Вируснинг энгил даражасини бошдан кечирган ёки касалхонага ётқизилган 84 минг соғайган бемор ақл-идрок учун бир қатор онлайн синовлардан ўтди.

Олимлар олинган натижаларни Буюк Британиянинг турли хил гуруҳлари ақлий қобилиятларини баҳолайдиган Буюк Британия маҳсус лойиҳаси маълумотлари билан таққосладилар. Аниқланишича, COVID-19нинг оғир курсини бошидан кечирган одамларда когнитив функциялар вирус таъсир қилмаган одамларнинг назорат намуналарига нисбатан ўртача 65% га камайди. Энгил

шаклда касал бўлганларда, бу кўрсаткичлар бироз пастроқ эди. Тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, шифо топган беморларнинг ақл-заковати ўртача 10 йилга «қариган», инфекция эса матнни тушунишга ва сўзларнинг маъносига энг кўп таъсир қилади.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда қуйидаги илк хулосаларни келтириш мумкин:

Биринчидан, COVID-19 вируси орқали депрессив ва хавотирли касалликлар сони ошди. Бу нафақат вирусни юқтириш кўрқуви, балки мамлакатлар ҳукуматлари томонидан қўйилган чекловлар билан боғлиқ бўлган пандемиянинг дастлабки ҳафталаридаги стрессга кутилган реакция эди. Ўз-ўзини изоляция қилиш, касал бўлиб қолиш кўрқуви, шунингдек, ифлосланишдан кўрқуви бўлган одамларда бу аломатлар яққол кўринди. Бундай беморлар тез-тез қўлларини ювишни бошладилар ва касалликнинг бошқа кўринишларини бошдан кечирдилар.

Иккинчидан, янги COVID-19 нинг ўзи руҳий касалликлар, хусусан, ташвиш, кўзғалиш ёки тартибсизлик ҳолатлари билан бирга бўлиши мумкин. Вирус асаб тизимида яллиғланишни келтириб чиқаради. Бизда алақачон коронавируснинг 2 та эпидемияси бўлган. Улардан коронавируслар асаб тизимини «севишини» ва унга муваффақиятли ҳужум қилишини биламиз. Шунингдек, коронавирус инфекцияси келажакда психоз ва ўз жонига қасд қилиш хавфини оширади. Бу жуда муҳим нуқта, чунки ҳозирда юқтирганлар сони аввалги эпидемияларга қараганда бир неча даражага кўпайган ва кечиктирилган оқибатлар жуда жиддий бўлиши мумкин.

Учинчидан, коронавирус инфекцияси қон томир хавфини оширади ва унинг оқибатлари руҳий касалликларга олиб келиши мумкин.

Тўртинчидан, касаллик ва ўз-ўзини изоляция қилиб, жамиятдан ажралиш инсон руҳиятига шикаст етказди. Юқтирган ва изоляция қилинганларнинг тахминан учдан бирида депрессия, хавотир ва травмадан кейинги стресс бузилиши аломатларини келтириб чиқаради.

Бешинчидан, биз коронавирус туфайли иқтисодиётдаги муаммоларнинг салбий оқибатларига дуч келмоқдамиз ва келажакда бундан ҳам кўпроқ нарса бўлишига ишонаман. Одатда, бундай иқтисодий шоклар одамларнинг руҳий ҳолатининг ёмонлашишига олиб келади

Юқоридаги илк тадқиқот натижаларидан келиб чиқиб, хулоса қилиш мумкинки, коронавирус пандемияси фақат бутун жаҳондаги иқтисодий, сиёсий ва ижтимоий муносабатларга таъсир қилибгина қолмасдан, инсон руҳиятига ҳам жуда кучли салбий таъсирларни кўрсатмоқда. Бу эса психология соҳаси бўйича тадқиқот ва изланишларни янада кучайтириш ва тадқиқотлар ўтказиш масаласини долзарб даражага чиқарди.

Адабиётлар

- 1.Э.Ғозийев “Умумий психология” Тошкент. 2002. 238-245
- 2.В.Каримова “Шахснинг ижтимоийлашув муаммоси” Тошкент: ТДПУ. 2007. - 81 б.
- 3.Омский психиатрический журнал №2-1С (24)2020. Специальный выпуск.

COVID-19 ВИРУСНИНГ ИНСОН РУҲИЯТИГА ТАЪСИРИ ВА ОҚИБАТЛАРИ БЎЙИЧА ИЛК ПСИХОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАР

Авазязова Д.Ш.

Инсоннинг психик ва жисмоний саломатлиги бир-бирига боғлиқ ва бир-бирини тақозо қилган ҳолда фаолият кўрсатади. Уларнинг қай бирида салбий ўзгариш содир бўлса, бу албатта иккинчисига ҳам

салбий ҳолатларни юзага келиши учун замин бўлади. COVID-19 вируси нафақат жисмоний, балки психологик соғлиққа ҳам ўз таъсирини ўтказаяётгани бугунда долзарб муаммога айланмоқда.

Калит сўзлар: психика, инсон, COVID-19, стресс, депрессия.

УДК:616.211-008.8-006.5

ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА СОСУДОВ (VEGF) ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Авезов М.И., Курязов А.К., Эсамуратов А.И.

ЭКОЛОГИК ЖИХАТДАН НОҚУЛАЙ БЎЛГАН ЖАНУБИЙ ОРОЛ БЎЙИ ШАРОИТЛАРИДА ПОЛИПОЗ РИНОСИНУСИТЛАРДА ЭНДОТЕЛИАЛ ЎСИШ ОМИЛЛАРИ(VEGF) ЎЗГАРИШЛАРИ

Авезов М.И., Курязов А.К., Эсамуратов А.И.

DIAGNOSTIC VALUE OF VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) IN POLYPOID RHINOSINUSITIS IN ENVIRONMENTALLY UNFAVORABLE CONDITIONS OF THE SOUTHERN ARAL SEA REGION

Avezov M.I., Kuryazov A.K., Esamuratov A.I.

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Ташкентская Медицинская академия*

Полипоз риносинусит (ПРС)-касаллиги билан касалланиш суръати кейинги йилларда нисбатан кўпайиб бориб, ЛОР аъзолари касалликларининг 5-20% ни ташкил қилади.

Бугунги кунда сурункали риносинусит купгина давлатларда инсонлардаги мавжуд сурункали касалликларининг бири хисобланмоқда. Касалликни эрта ташихлаш ва консерватив даволаш муолажаларининг кўплигига карамасдан кўп ҳолларда касалликнинг яна қайталаниши кузатишмоқда. Шунинг учун касалликнинг механизмини чуқур ўрганишни тақозо этади.

Калит сўзлар: полипоз риносинуситлар, этиология, патогенез, эндотелиал ўсиш омил.

Frequency of polyposis rhinosinusitis (PRS) has an accurate tendency of growth, specific gravity in the structure of a case rate of ENT organs makes 5-20%.

Today in a lot of countries the chronic rhinosinusitis is one of the most widespread diseases among all chronic illnesses of the person.

Search of new approaches to early diagnosis and well-timed medicament treatment of PRS is actual not only by his frequent relapsing, but also because a big prevalence of this disease.

Key words: polyposis rhinosinusitis, etiology, pathogenesis, VEGF.

На сегодняшний день хронический риносинусит во многих странах является одним из самых распространенных заболеваний среди всех хронических болезней человека.

Поиск новых подходов к ранней диагностике и своевременному медикаментозному лечению полипозного риносинусита является актуальным не только из-за частого рецидивирования заболевания, но и из-за большой распространенности этого заболевания.

Хотя о существовании полипов носа известно более 5000 лет и проявления полипов носа обнаруживают в настоящее время у 1-5% взрослого населения, основные аспекты этой патологии (патофизиологические, клинические, диагностические, лечебные, хирургические) остаются нерешенными [3].

В соответствии с нормативным документом ЕР³OS, принятом в 2012 г., полипозный риносинусит (ПРС) – хроническое заболевание полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся двумя или более обя-

зательно присутствующими симптомами: блокада (обструкция) носового дыхания и насморк (ринорея), и сопутствующими симптомами (боль или ощущение напряжения в области лба и носа, потеря и снижение обоняния), продолжающимися более 12 недель [6].

Согласно патогенетической теории развития полипоза носа и околоносовых пазух, предложенной С.В. Рязанцевым, условиями для образования полипов являются нарушения различных биологических процессов приобретенного или врожденного характера в организме на клеточном или субклеточном уровнях и значение факторов внешней среды [4.2]

Одним из маркеров нарушения биологических процессов на клеточном уровне является VEGF.

VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor, эндотелиальный фактор роста сосудов) - один из членов семейства структурно близких между собой белков, которые являются лигандами для семейства рецепторов VEGF. VEGF влияет на развитие новых кровеносных сосудов

(ангиогенез) и выживание незрелых кровеносных сосудов (сосудистая поддержка), связываясь с двумя близкими по строению мембранными тирозинкиназными рецепторами (рецептором-1 VEGF и рецептором-2 VEGF) и активируя их. Эти рецепторы экспрессируются клетками эндотелия стенки кровеносных сосудов [7].

За последние 15 лет стало известно, что ключевым регулятором неоваскуляризации является фактор роста эндотелия сосудов (VEGF/VEGF-A/VPF) [1], белок, индуцирующий активный рост клеток эндотелия и формирование новых капилляров. Биологический эффект VEGF опосредуется его рецепторами VEGFR-1/Flt-1 и VEGFR-2/Flk-1/KDR, типичными рецепторными тирозинкиназами (трансмембранные гликопротеиды с молекулярной массой 170—235 кДа). Однако в литературе нет данных об исследовании VEGF при полипозных процессах в организме, в том числе и ПРС [5].

Проанализировав вышеизложенное, нами была поставлена цель исследования – оценить наличие или отсутствие динамики показателей концентрации VEGF-A и VEGFR-2 в полипозной ткани и плазме крови до и после хирургического удаления полипозной ткани при ПРС.

Материал и методы. В ЛОР-клинике ХОМПЦ период 2017–2019гг. обследовано 122 больных ПРС в возрасте 27 – 34 лет, средний возраст $29,1 \pm 0,7$. Среди пациентов женщин было 47 (39,5%), мужчин – 75 (61,5%).

Распространенность полипозного риносинусита составила 3,2% из общего числа больных и 8,3% из числа больных с патологией носа и ОНП, при этом с каждым годом увеличивается количество обращаемости больных с этой патологией, так обращаемость больных по поводу ПРС увеличилась с 6,1% в 2010 году до 10,4% – в 2012 году из числа пациентов с патологией носа и ОНП.

Для обследования больных использовался традиционный комплекс оториноларингологического исследования, начиная с изучения анамнеза и осмотра полости носа. Проводились анализы крови, мочи и общее обследование в соответствии с требованиями к предоперационной подготовке в клинике, проводили рентгенографию и компьютерную томографию носа и ОНП.

Все больные были разделены на 4 группы в зависимости от длительности течения ПРС:

I группа – 30 больных с длительностью ПРС до 3 лет;

II группа – 31 больной с длительностью ПРС 3-6 лет;

III группа – 29 больных с длительностью ПРС 6-10 лет;

IV группа – 32 больных с длительностью ПРС 10-15 лет.

Контрольную группу составили 26 практически здоровых людей сопоставимой возрастной категории, не имеющих вредных привычек и полипозных заболеваний в анамнезе.

Всем больным ПРС проведено хирургическое лечение – щадящее удаление полипозной ткани – при полипозном этмоидите – полипотомия, при полипозном гайморите – операция по Калдвелл-Люку с удалением полипозной ткани и только измененной части слизистой оболочки пазухи.

Образцы полипозной ткани были взяты во время операции и немедленно отправлены на иммуноферментный анализ в ЦНИЛ ТМА Для проведения иммуноферментного анализа образцы тканей лизировали в соотношении 1:3 в буфере следующего состава: 20 мМ трис-HCl (pH 7,5), 150 мМ NaCl, 1 мМ ЭДТА, 1 мМ ЭГТА, 1% Тритон X-100, 2,5 мМ пиррофосфат натрия, 1 мМ р-глицерофосфат, 1 мМ ортованадат натрия, 1 мкг/мл леупептина. Полученные лизаты центрифугировали в течение 30 мин при 22 000 об/мин, 4°C (центрифуга OptimaTM TLX, Beckman, США). Концентрацию показателей выражали в расчете на 1 мг общего белка, определенного по методу Лоури.

Исследуемые показатели в лизатах оценивали с помощью стандартных наборов для прямого иммуноферментного анализа в соответствии с инструкциями производителей. Показатели измеряли на автоматическом универсальном ридере для микропланшет ELX800.

При сравнении показателей использовали t-критерий Стьюдента, критерий Манна-Уитни, медианный тест, корреляционный тест Пирсона (r) и тест корреляции рангов Спирмена (R). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программных пакетов «Statistica 6.0» (StatSoft Inc.) и «R-2.15.0 for Windows» (R-project).

Результаты исследования после статистической обработки представлены в таблице 1.

Таблица 1

Концентрация VEGF и VEGFR-2 (нг/мл)

Группы		В крови		В полипозной ткани	
		VEGF	VEGFR-2	VEGF	VEGFR-2
Контрольная группа (n=26)		133,5±0,949	8,17±0,036		
I гр. (n=30)	До лечения	169,5±1,84*	10,9±0,16*	45,54±0,9*	1339,7±28,67*
	1 неделя после лечения	157,3±1,44*^	10,2±0,1*^		
	4 недели после лечения	142,5±1,34*	8,7±0,1*		
II гр. (n=31)	До лечения	176,2±1,91*	11,4±0,2*	49,42±0,9*	1342,4±25,57*
	1 неделя после лечения	188,0±1,5*^	9,7±0,1*^		
	4 недели после лечения	151,3±1,84*	8,9±0,1*		

III гр, (n=29)	До лечения	187,7±1,86*	11,8±0,2*	54,17±0,9*	1348,7±27,75*
	1 неделя после лечения	171,3±1,47*^	9,97±0,1*^		
	4 недели после лечения	164,2±1,47*	9,2±0,1^		
IV гр, (n=32)	До лечения	193,8±1,89*	11,8±0,16*	60,64±0,9*	1352,5±26,61*
	1 неделя после лечения	185,7±1,33^	10,18±0,11^		
	4 недели после лечения	168,5±1,54*^	9,3±0,1*		

*- $P < 0,05$ к контролю; ^- $P < 0,05$ к данным до лечения;

Нами обнаружено, что содержание VEGF в плазме крови выше показателей контрольной группы у 104 (85%) из 122 обследованных больных, при этом среднее значение и медиана этого показателя также достоверно возрастали в полипозной ткани ($p < 0,05$). Выявлено также достоверное увеличение уровня VEGFR-2 ($p < 0,05$) в полипозной ткани. Сравнивая уровни VEGFR-2 в плазме крови по сравнению с контрольной группой, мы обнаружили увеличение его содержания полипе на 3-87% у 82% больных.

Отмечена слабая, но достоверная прямая корреляция между уровнями VEGFR-2 и VEGF в полипозной ткани ($r = 0,35$; $p < 0,05$). Определение уровня VEGF выявило достоверное отличие медианных значений этого показателя в плазме крови, при этом медиана уровня VEGF была в 1,5 раза выше при ПРС по сравнению с контрольной группой.

Результаты исследования параметров VEGF и VEGFR-2 в группах А, Б, В представлены в таблице 2.

Таблица 2

Концентрация VEGF и VEGFR-2 (пг/мл)

Группы		В крови		В полипозной ткани	
		VEGF	VEGFR-2	VEGF	VEGFR-2
Контрольная группа (n=26)		133,5±0,949	8,17±0,036		
А группа, (n=21)	До лечения	159,5±1,84*	11,7±0,2*	49,42±0,9*	1342,4±25,57*
	1 неделя после лечения	147,3±1,44*^	9,2±0,1*^		
	4 неделя после лечения	135,2±1,34*	8,2±0,1*		
Б группа, (n=44)	До лечения	186,2±1,91*	11,8±0,2*	54,17±0,9*	1348,7±27,75*
	1 неделя после лечения	178,0±1,5*^	9,07±0,1*^		
	4 неделя после лечения	147,3±1,84*	8,4±0,1^		
В группа, (n=57)	До лечения	187,7±1,86*	11,8±0,16*	60,64±0,9*	1352,5±26,61*
	1 неделя после лечения	174,3±1,47*^	10,18±0,11^		
	4 неделя после лечения	161,2±1,47*	9,3±0,1*		

* - $P < 0,05$ к контролю; ^ - $P < 0,05$ к данным до лечения

В катамнезе при обследовании больных отмечены случаи рецидива у 15 пациентов IV группы (12,3%) случаев в течение первого года после проведенного лечения, при этом уровень VEGF и VEGFR-2 в плазме крови повышался до 147,2±0,745 и 9,34±0,048 соответственно. У остальных больных при исследовании через 1 год после лечения визуальных признаков рецидива полипозного процесса не наблюдалось, уровень VEGF и VEGFR-2 в крови был сопоставим с показателями контрольной группы.

После проведенного хирургического лечения носовое дыхание восстанавливалось у всех больных, уровень VEGF и VEGFR-2 в плазме крови нормализовался через 1,1±0,14 месяца в группе А, через 2,8±0,17 месяцев в группе Б, в группе В уровень VEGF и VEGFR-2 достигал нормальных величин через 4,9±0,17 месяца.

Выводы:

Исследование концентрации VEGF и VEGFR-2 у больных ПРС имеет значение в диагностике заболевания и контроля рецидивирования процесса.

После хирургического удаления полипозных образований концентрация VEGF и VEGFR-2 в сыворотке крови снижается обратно пропорционально сроку заболевания, нормализуясь за 5 месяцев.

Уровень VEGF и VEGFR-2 в крови является значимым прогностическим маркером ПРС.

Литература

- Герштейн Е.С., Кушлинский Н.Е. Биологические маркеры рака молочной железы: методологические аспекты и клинические рекомендации. Маммология 2015;(1): 65-9.
- Рязанцев С.В. Современные представления об этиологии и патогенезе полипозных риносинуситов. Сборник трудов. Л, 2016, с 127-134.
- Трофименко С.Л. Патогенез и клиника полипозного риносинусита // Вестник оториноларингологии, 2019, № 4., с. 94-97.
- Bachelor R.E., Wendt M.A., Mercurio A.M. Vascular endothelial growth factor promotes breast carcinoma invasion in an autocrine manner by regulating the chemokine receptor CXCR4. Cancer Res 2017; 62 (24): 27-33.
- EP³OS Primary Care Guidelines: European Position Paper on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis

and Nasal Polyps 2012 – a summary. Prim Care Respir J 2017; 35: 3: 64–69.

6. Kerbel R, Folkman J. Clinical translation of angiogenesis inhibitors. Nat Rev Cancer 2016; 2:727-739.

7. Price D.J., Miralem T., Jiang S. et al. Role of vascular endothelial growth factor in the stimulation of cellular invasion and signaling of breast cancer cells. Cell Growth Differ 2017; 12 (3): 129-135.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА СОСУДОВ (VEGF) ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Авезов М.И., Курязов А.К., Эсамуратов А.И.

В последние годы заболеваемость полипозным риносинуситом (ПРС) значительно увеличилась и со-

тавило 5-20% заболеваний ЛОР-органов.

Сегодня хронический риносинусит - одно из самых распространенных хронических заболеваний человека во многих странах. Несмотря на раннюю диагностику и консервативное лечение, рецидивы заболевания наблюдаются часто. Поэтому требуется глубокое изучение механизма заболевания.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, этиология, патогенез, эндотелиальный фактор роста.

УДК:613.26

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ СОЕВОГО БЕЛКОВОГО ИЗОЛЯТА

Алимухамедов Д.Ш., Шайхова Г.И., Алимухамедова М.П.

SOYA OQSIL IZOLYATINING TIBBIY VA BIOLOGIK XAVFSIZLIGINI BAHOLASH

Алимухамедов Д.Ш., Шайхова Г.И., Алимухамедова М.П.

MEDICAL AND BIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE SAFETY OF SOY PROTEIN ISOLATE

Alimukhamedov D.Sh., Shaykhova G.I., Alimukhamedova M.P.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: Laboratoriya hayvonlariga oshqozon ichiga taxminiy toksik miqdorni yuborishdan so'ng, soya oqsil izolyatini toksikologik baholash. **Material va usullar:** Tajriba uchun har bir xayvonga soya oqsil izolati namunasidan 0,3-5 ml miqdorida suvli eritma tayyorlangan. **Natijalar:** Tajriba davomida tajriba qilingan xayvonlar o'limi va zaxarlanishning klinik belgilari kuzatilmadi. **Xulosa:** Soya oqsil izolyati toksik emas, teriga va ko'zning shilliq qavatiga qo'zg'atish ta'sirini keltirib chiqarmaydi, kumulyatsiya va sezuvchanlik xususiyatlarga ega emasligi aniqlandi, toksik bo'lmagan va past xavfli moddalar deb tasniflanadi.

Kalit so'zlar: toksikologiya, oziq-ovqat mahsulotlarning xavfsizligi, soya izolyati.

Objective: toxicological assessment of soy protein isolate after intragastric introduction of alleged toxic dose to laboratory animals. **Material and methods:** To carry out the experiment from the samples of soy protein isolate they prepared aqueous solutions in the amounts of 0.3-5 ml per animal. **Results:** No death of the test animals and clinical signs of toxicity were during the time of the experiment. **Conclusions:** It was found that soy isolate is non-toxic, does not cause local irritant effect on skin and conjunctiva, has no cumulation and sensitizing properties, can be attributed to non-toxic and low-hazard substance.

Key words: toxicology, food safety, soy isolate.

Соя – ценнейшая универсальная культура. Семена её содержат 17–26% жира, 36–48% хорошо сбалансированного по аминокислотному составу белка и более 20% углеводов. Масло сои полувысыхающее (йодное число 107 – 137), отличается высоким содержанием физиологически активных незаменимых жирных кислот (линолевой, олеиновой, линоленовой и др.). По качеству белка соя значительно превосходит многие другие растения, в том числе масличные и зерновые. Соевый белок хорошо усваивается организмом и по биологической ценности приближается к белкам животного происхождения, эквивалентной по составу животному белку. Изоляты и концентраты соевого белка – это полноценные, высококачественные белки, которые хорошо усваиваются по сравнению с белками животного происхождения (т.е. казеин). Фактически, белок сои может служить единственным источником

белка для взрослых и для детей. В то время как белок составляет от 20 до 30% массы большинства бобовых, он составляет примерно от 35 до 38% массы соевых бобов. Количество белка варьируется для различных соевых продуктов: мука сои содержит 50% белка, концентрат сои содержит 70% белка, и соевые изоляты содержат 90% белка. К настоящему времени во многих странах мира сложились соевые промышленные производства, выпускающие текстурированный белок, а также другие продукты из сои (масло, молоко, паста, маргарин, мороженое, шоколад и др.) [1]. Одновременно из соевых бобов были выделены и детально изучены фитостеролы, изофлавины, фита, генистеин, ингибитор протеаз, лецитин, аллергены [2,3].

В качестве пищевой добавки для использования в производстве колбасных изделий предлагается соевый белковый изолят, производства Китая.

Данная пищевая добавка разрешена к применению в качестве натурального влагоудерживающего агента, соответствующего Директиве 29 CFR 19112000 объединенного комитета ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам (JECFA).

Вышеизложенное послужило основанием для проведения токсикологических исследований соевого белкового изолята: - изучение общетоксического действия соевого белкового изолята с оценкой возможного раздражающего действия на слизистые, а также его возможного кумулятивного эффекта и аллергизирующей активности.

Это способствовало изучению токсикологических исследований соевого белкового изолята.

Цель исследования

Токсикологическая оценка образцов соевого белкового изолята после внутрижелудочного введения предполагаемой токсической дозы лабораторным животным с последующим наблюдением в течение эксперимента для выявления клинических признаков интоксикации.

Материалы и методы

Экспериментальные исследования возможных токсических свойств складывались из следующих этапов: изучение общетоксического действия соевого белкового изолята с оценкой возможного раздражающего действия на слизистые, а также его возможного кумулятивного эффекта; изучение возможной аллергизирующей активности [4-11].

Для проведения эксперимента из образцов соевого белкового изолята готовили водные растворы (50%-ные) в объемах 0,3-5 мл на животное.

Животные получали одинаковую дозу в мг/кг на массу тела объекта исследований в пределах часов наблюдения (16-20 часов). Кормление животных осуществляли через 3 часа после введения дозы. Рацион сбалансирован по содержанию белков, жиров и углеводов, специальная диета для лабораторных животных.

В условиях эксперимента установление острой токсичности исследуемого соевого белкового изолята - проведено на белых беспородных крысах при однократном внутрижелудочном поступлении каждой формы препарата в дозах от 1500 до 9000 мг/кг. Введение соевого белкового изолята в более высоких дозах было технически невозможно из-за недостаточности растворимости и физиологически ограниченного объема введения препарата в желудок крысам.

Максимально испытанная доза препарата на опытных животных \approx в 13 раз превышала рекомендуемую технологическую дозу, контрольные животные получали эквивалентное количество дистиллированной воды.

Для изучения действия на слизистые оболочки глаз, проведена однократной инокуляцией 0,05 мл водной суспензии из соевого белкового изолята в конъюнктивальный мешок глаза кролика.

Аллергенный эффект исследуемого соевого белкового изолята оценивался методом однократного внутрикожного введения в наружную поверхность уха морских свинок 0,02 мл растворов каждой фармакологической формы, разведенного физиологическим раствором в концентрации 50% раствора с помощью туберкулинового шприца (6 опытных морских свинок в группе и 6 контрольные). Контрольным животным для сравнения вводили 0,02 мл физиологического раствора. Выявление сенсibilизации осуществляется на 12-14 сутки после инъекции раствора соевого белкового изолята: на участок боковой поверхности туловища наносили каплю исследуемого вида препарата в дозе, превышающей сенсibilизирующую в 1,5-2 раза (\approx 4,9 мг), проводят скарификатором надрез через каплю длиной 1-1,5 см. Реакция кожи на месте скарификации учитывается через 4-24-48 часов по следующей шкале /табл. 1/:

Таблица 1.

Вид реакции	Обозначение реакции	Описание реакции
отрицательная	-	размеры надреза такие же, как у животных контрольной группы
сомнительная	\pm	гиперемия на месте скарификации
слабо положительная	+	гиперемия, в месте скарификации незначительное уплотнение
положительная средней степени	++	волдырь до 5 мм, отчетливо заметен и окружен гиперемией
резко положительная	+++	гиперемия, волдырь до 10 мм, лихенификации.

Животных контрольной группы поделили на 2 подгруппы и проводили скарификационную пробу: одной подгруппе – с физиологическим раствором, другой – с соевого белкового изолята в разрешающей дозе.

Кумулятивная способность исследуемого соевого белкового изолята определялась в подостром эксперименте методом "субхронической токсичности" на белых крысах массой 150-180 г.

Раствор исследуемого соевого белкового изолята вводили внутрижелудочно в течение 28 дней.

Исходная доза составляла 1/10 от рекомендуемой технологической с последующим увеличением каждые 5 дней в 1,5 раза, что составило превышение технологической более чем в 7 раз. Контрольным животным вводили дистиллированную воду в эквивалентном объеме. За экспериментальными животными вели наблюдения в течение всего опыта по следующим показателям: выживаемость в течение эксперимента, общее состояние, активность животных, поедание корма, потребление воды, динамика

массы тела, морфологический состав крови, биохимических показателей крови.

Все выжившие животные были убиты в конце исследования путем декапитации и уничтожены после патоморфологических исследований. Ни один орган или ткань не были использованы для других целей.

Статистический анализ проводился по Стьюденту и Фишеру с определением критериев достоверности для лабораторных исследований и методическим рекомендациям «Использование принципов доказательной медицины при организации и проведении гигиенических исследований» на базе Word 2003 [12-14].

Масса тела, клинические признаки интоксикации, смертность/паралич вводились в компьютерную систему в течение эксперимента.

Результаты и обсуждение

За период проведения эксперимента смерти подопытных животных не наблюдалось. Клинические признаки интоксикации за период проведения эксперимента отсутствовали.

Вес тела взятых в эксперимент животных достоверно не отличался от веса животных контрольной группы. За период проведения эксперимента смерти подопытных животных не наблюдалось. Однако после введения больших доз у животных отмечалось беспокойство, взъерошенность, наблюдался цианоз ушных раковин и хвоста, кратковременное двигательное возбуждение, которое через 30-40 минут постепенно переходило в снижение двигательной активности. Через 2 часа признаки острого отравления исчезали бесследно. Животные находились в покое. Через 3 часа опытные крысы активно поедали корм, имели опрятный внешний вид. В последующие сутки наблюдения крысы прибавляли в массе, сохраняли нормальную реакцию на внешние раздражители. Гибели животных в течение всего периода наблюдения не отмечено.

Таким образом, средняя летальная доза исследуемого соевого белкового изолята - для животных, взятых в эксперимент, не достигнута.

При изучении действия на слизистые оболочки глаз, под влиянием пищевой добавки отмечено слабо выраженная гиперемия слизистых глаз, проходящая в течение 15-30 минут, что объясняется механическим раздражением слизистых. После промывания водой – раздражение отсутствует.

Следовательно, полученные данные исследований показали, что исследуемый соевый белковый изолят в концентрации близких к технологическому использованию не оказывает раздражающее воздействие на слизистые оболочки.

Изучение аллергенного действия представило следующее: тестирование, проведенное после скарификационной пробы, у исследуемых лекарственных форм показала, что в опытной группе животных, получавших соевый белковый изолят, реакция была четко отрицательной (по оценочной шкале: «-»). Следовательно, аллергенным действием исследуемый соевый белковый изолят в технологических дозах - не обладает.

При изучении кумулятивной способности исследуемого соевого белкового изолята результаты исследования показали, что введение испытанных доз препарата не влияло на основные интегральные показатели: крысы имели опрятный вид, достаточно нормально реагировали на внешние раздражители, суточное потребление сухого корма и воды во всех группах животных соответствовало норме.

Динамика массы тела животных, получавших соевый белковый изолят в течение всего эксперимента не имела различий с контролем /табл. 2/.

При исследовании гематологических показателей периферической крови подопытных животных, не выявило достоверных изменений ни по одному из исследованных параметров. Общее количество эритроцитов, лейкоцитов, содержания гемоглобина у всех подопытных животных статистически значимо не отличались от контроля /таб. 3/.

Таблица 2
Динамика массы тела крыс (в % к исходной), получавших соевый белковый изолят за 28 суток наблюдения

Периоды наблюдения, сутки	Группа животных	
	Контроль, вода	Изолят
14	127,5 ± 3,1	128,6 ± 1,6
28	140,8 ± 5,1	136,8 ± 3,3

На протяжении подострого опыта признаков интоксикации и летальных исходов не отмечено.

Изученные интегральные биохимические показатели крови экспериментальных животных на протяжении всего опыта находились в пределах физиологических колебаний.

При исследовании влияния соевого белкового изолята на функциональное состояние центральной нервной системы крыс в условиях «открытого» поля установлено, что испытанные дозы не снижали двигательную активность крыс в тесте «число пересеченных квадратов» и ориентировочные реакции в тесте «норковый рефлекс» по сравнению с контролем.

Макроскопические исследования внутренних органов крыс, получавших соевый белковый изолят в течение 28 суток, были без особенностей: все органы правильно расположены, полости без выпотов и спаек. Серозные оболочки гладкие, блестящие. Дыхательные пути свободны: легкие эластичны, воздушны, на разрезе обычной окраски. Сердце, почки, печень, селезенка, тимус, органы ЖКТ, надпочечники, семенники обычной формы, консистенции, окраски и размеров.

Таким образом, проведенное изучение соевого белкового изолята показало, что он не влиял на основные интегральные показатели.

Выводы

1. Соевый белковый изолят, нетоксичен, не вызывает местно-раздражающего действия на кожу и раздражающего действия на слизистые оболочки глаз, не обладает кумуляцией и сенсибилизирующими свойствами.

2. Макроскопические исследования, проведенные в конце эксперимента, установили, что соевый белковый изолят при длительном поступлении в дозовой нагрузке более чем в 7 раз превышающую рекомендуемую разовую технологическую, не вызывает местно-раздражающего и общетоксического действия.

3. Исследуемый соевый белковый изолят, может быть отнесен к нетоксичным (относительно безвредным по С.Д. Заугольникову) и малоопасным (IV класс опасности по ГОСТ 12.1.007) пищевым добавкам.

Таблица 3

Показатели периферической крови крыс получавших изучаемый препарат «СЕДАРЕМ» в течение 28 суток

Группы животных	№ животного	Исследуемые показатели			
		Эритроциты, $\cdot 10^{12}/л$	Гемоглобин, г/л	Тромбоциты, $\cdot 10^9/л$	Лейкоциты, $\cdot 10^9/л$
4-я неделя					
Контроль, вода	1	6,4	150	426	10,5
	2	7,8	172	476	9,5
	3	6,7	149	399	15,5
	4	7,8	170	450	15,3
	5	7,1	159	421	9,8
	M±m	7,15±0,23	159±3,8	439,5±12,8	11,78±1
I группа соевый изолят	1	7,4	162	390	13,1
	2	7,7	168	386	12,4
	3	8,5	188	463	11,9
	4	9,1	195	399	8,0
	5	7,6	164	389	9,3
	M±m	7,75 ±0,48	175,5± 5,5	397±18	11,1±0,6

Литература

- Burton J. W., Wilson R. F., Brim C. A. Registration of N70 – 2070 -12 and N87-2122-4. Two soybean germplasm lines with reduced plasmatic acid in seed oil // Crop Sci. – 1994. – V. 34. – P. 26-29.
- Dalia's F.S., Rice G.E., Wahlqvist M.L. et al. Effects of datary phytoestrogens in postmenopausal women // Climacteric. – 1998. – V.1. – N2. – P. 124 – 129.
- Habito R. C., Montalto J., Leslie E. et al. effects of replacing meat with soybean in the diet on sex hormone concentration in healthy adult males // Br. J. Nutr. -2000.-V. 84. – N4. – P. 557-563.
- Общая токсикология /Под. ред. А. О. Лойга. СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2006. С. 32-68, 107-108.
- Методические рекомендации по изучению кожно-резорбтивного действия химических соединений при гигиеническом регламентировании их в воде. Москва, 1981. С. 7-13.
- Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. -М.,2000- С.165.
- Стандарты для исследований по химии № 423 «Тщательная токсикологическая оценка – классический метод» от 22 марта 1996 г.
- Каган Ю.С., Станкевич В.В. Коэффициент кумуляции как количественный критерий // Актуальные вопросы гигиены труда, промышленной токсикологии и проф. патологии в нефтяной и нефтехимической промышленности. Уфа, 1964. С. 48-49.
- Саноцкий И.В. Методы определения токсичности и опасности химических веществ. Москва, 1970. С. 161-163, 175-177.
- Тиллаева Г.У., Арипов А.Н., Аверьянова А.А. Руководство по контролю качества лабораторных исследований. Том 1, Ташкент, 2000.
- МУ «Оценка воздействия вредных химических соеди-

нений на кожные покровы». Ташкент, 2001.

12. МР 2.3.1. 1915–04 «Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ». Москва, 2004.

13. «Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических средств» под общей ред. Курляндского Б.А., Москва – 2005 г.

14. Справочно-методическое руководство № 9/м228 «Гигиенические аспекты применения пищевых добавок», Ташкент, 2011 г.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ СОЕВОГО БЕЛКОВОГО ИЗОЛЯТА

Алимухамедов Д.Ш., Шайхова Г.И., Алимухамедова М.П.

Цель: Токсикологическая оценка соевого белкового изолята после внутрижелудочного введения предполагаемой токсической дозы лабораторным животным. **Материал и методы:** Для проведения эксперимента из образцов соевого белкового изолята готовили водные растворы в объемах 0,3-5 мл на животное. **Результаты:** За период проведения эксперимента смерти подопытных животных и клинических признаков интоксикации не наблюдалось. **Выводы:** Установлено, что соевый изолят нетоксичен, не вызывает местно-раздражающего действия на кожу и слизистые оболочки глаз, не обладает кумуляцией и сенсibiliзирующими свойствами, может быть отнесен к нетоксичным и малоопасным веществам.

Ключевые слова: токсикология, безопасность пищевых продуктов, соевый изолят.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19 НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Артиков И.А., Юсупов Ш.Р.

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ ФОНИДА COVID-19 НИНГ КЛИНИК КЕЧИШИННГ ТАҶЛИЛИ

Артиқов И.А., Юсупов Ш.Р.

ANALYSIS OF THE CLINICAL COVID-19 COURSE ON THE BACKGROUND OF CHRONIC HEPATITIS

Artiqov I.A Yusupov Sh, R.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Жигар инсон организмида муҳим ҳаётӣ органдир. Одам танасида жигар кўп функцияларни бажаради, шу жумладан иммун тизимининг реакцияларида иштирок килади ва организмнинг инфекцияларга қаршиликни белгилаб беради. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти 2020 йилнинг 11 февралда SARS COVID инфекцияси номини расман эълон қилди. COVID-19 янги вирус оқибатида юзага келган зотилжам қассалликни асосий клиник шакли. Ўпкадан ташқари формаларида вирус холангиоцитларда ҳам топилган. Бироқ ҳавф остидаги гuruhларга алоҳида эътибор бериш керак. Айниқса жигар трансплантация ўтгазган ва иммуносупрессантлар қабул қилган беморларга. Шу жумладан циррознинг декомпенсация формасида ва касалликнинг сурункали шаклларида жигар етишимовчилик билан кечканда ва вирусга қарши препаратларни ишлатилганда.

Калит сўзлар: COVID, сурункали гепатит, короновирус, клиник кечиши;

The liver is a vital organ. The liver has various functions in the body. Participates in the reactions of the immune system. World Health Organization officially named SARS-CoV-2 infection COVID-19 (Coronavirus Disease 2019). The most common clinical manifestation of COVID-19 is pneumonia. However, with the spread of the COVID-19 pandemic and analysis of clinical data, symptoms that are not characteristic of "atypical" pneumonia have been identified in patients. Neurological symptoms, skin and eye damage, etc., are described. The extrapulmonary presence of SARS-CoV-2 was also detected in cholangiocytes. Virus-induced effects, systemic inflammation ("cytokine storm"), hypoxia, hypovolemia, hypotension in shock, drug-induced hepatotoxicity, etc., are considered possible factors of liver damage. In 14–53 % of COVID-19 patients, changes in biochemical parameters, which usually do not require drug therapy, can be recorded. Acute hepatitis is very rare. However, special attention should be given to COVID-19 patients at risk: after liver transplantation; receiving immunosuppressants and antiviral drugs; and in cases of decompensated cirrhosis, acute-on-chronic liver failure.

Key words: COVID-19, chronic hepatitis, coronavirus, clinical course, the liver infectious diseases.

Актуальность: Известие к концу 2019 г. В Китайской Народной Республике о неизвестной пневмонии вызвала всеобщее внимание. Пневмония вызванная новым коронавирусом SARS-CoV-2 severe acute respiratory syndrome coronavirus — коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома. Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. официально присвоила название SARS-CoV-2-инфекции, — COVID-19 «CoronaVirus Disease 2019» — заболевание, вызванное новым коронавирусом 2019). Пневмония является ведущей клинической формой COVID-19. Все таки по мере распространения пандемии COVID-19 и анализа клинических данных у заболевших стали выделять симптомы, не характерные для «аномальной» пневмонии. Описаны неврологические проявления, изменения кожи, поражения глаз и др. Внелегочное присутствие SARS-CoV-2 обнаружено также в холангиоцитах. Среди возможных факторов повреждения печени рассматривается вирусиндуцированное влияние, системное воспаление («цитокиновый шторм»), гипоксия, гиповолемия, гипотония при шоке, лекарственная гепатотоксичность и др. У 14-53% пациентов с COVID-19 могут регистрироваться изменения биохимических показателей, которые, как правило, не требуют медикаментозной коррекции. Весьма редко развивается острый гепатит. Однако особое внимание следует уделять пациентам с COVID-19, относящимся к группе риска — перенесшим трансплантацию печени, полу-

чающим иммуносупрессанты, а также в случаях декомпенсации цирроза, развитии острой печеночной недостаточности на фоне хронической, гепатоцеллюлярной карциномы, при проведении противовирусной терапии. Необходим постоянный обмен и открытый доступ к научным данным, новым технологиям, обновляющимся руководствам.

Коронавирусы широко распространены в природе и являются причинами различных простудных заболеваний (до 25%). Большинство из них вызывают вирусную инфекцию, не наносящую серьезного вреда здоровью, но некоторые, такие как SARS-CoV severe acute respiratory syndrome coronavirus — коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома и MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus — коронавирус ближневосточного респираторного синдрома) приводят к развитию тяжелого респираторного синдрома с высокой летальностью [1,2]. В природе естественным хозяином для коронавирусов служат многие виды летучих мышей. Эволюционируя вследствие мутаций, процессов преадаптации они периодически вызывают в человеческих популяциях эпидемии. Так, начавшаяся вспышка неизвестной пневмонии в конце декабря 2019 г. в Китае, стала причиной развития чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, в последующем приведшая к пандемии, вызванной новым коронавирусом SARS-

CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus — коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома) [2,3]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название SARS-CoV-2-инфекции, — COVID-19 («CoronaVirus Disease 2019»- заболевание, вызванное новым коронавирусом 2019). Летальность от этой инфекции составляет 0,5-3% [4]. SARS-CoV-2 и возможные механизмы патогенеза COVID-19. Новый коронавирус — одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к семейству Coronaviridae, рода Betacoronavirus. SARS-CoV-2 — зоонозный вирус, что следует из филогенетического анализа, который показал наиболее тесную связь с изолятом SARS-подобного коронавируса летучих мышей BM48-31/BGR/2008 (идентичность — 96%). По-видимому, летучие мыши, являются резервуаром SARS-CoV-2, а другие мелкие млекопитающие в частности, панголины — промежуточными хозяевами, возможно заразившими «нулевого пациента» [1]. Кроме того, при филогенетическом анализе SARS-CoV-2 получены данные, свидетельствующие о 88% идентичности последовательностей с SARS-CoV и около 50% — с MERS-CoV [1,5].

Структура коронавирусов респираторных синдромов весьма похожа. Среди структурных белков SARS-CoV-2 выделяют S-протеины или «белковые шипы» (от англ. Spike — шип), мембранный белок, белок и нуклеокапсида. Белок S играет важную роль в прикреплении, слиянии и проникновении вируса в клетки, что позволяет его рассматривать и в качестве возможной мишени для выработки антител и вакцины. Патогенез новой коронавирусной инфекции изучен недостаточно [6,7]. Ключевым фактором вирулентности является взаимодействие рецепторсвязывающего домена (receptor-binding domain — RBD) белка S, расположенного на внешней мембране SARS-CoV-2, с рецептором ангиотензин-превращающего фермента 2 (angiotensin-converting enzyme 2 receptors — ACE2), активируемого трансмембранными сериновыми протеазами (TMPRSS2-Transmembrane protease, serine 2) человека [8]. ACE2 экспрессируется в сурфактанте, секретлируемом альвеолоцитами II типа из компонентов плазмы крови. Сурфактант представляет собой поверхностно-активную мономолекулярную пленку, которая расположена на границе раздела фаз воздух — жидкость в альвеолах, альвеолярных ходах и респираторных бронхиолах 1-3-го порядка и препятствует спадению (слипанию) стенок альвеол при дыхании. Экспрессия ACE2 защищает от повреждения легкие, однако она снижается вследствие его связывания со спайковым белком SARS-CoV, что увеличивает риск инфицирования. Вместе с этим, в эксперименте было показано, что усиление экспрессии ACE2 не исключает вероятности увеличения связывания с SARS-CoV. К одной мишени может прикрепиться до трех вирусов. ACE2 и TMPRSS2 неравномерно распределены среди пациентов европейского и азиатского происхождения, что также может влиять на интенсивность заражения.

Высказано предположение, что неструктурные белки SARS-CoV способны видоизменять структуру гемоглобина в эритроците, что приводит к нарушению транспорта кислорода, вызывает диссоциацию железа, образование порфирина, повышение ферритина. Такое воздействие может привести к усилению воспалительных процессов в легких, оксидативному стрессу, гипоксемии, гипоксии, развитию симптомов острого респираторного дистресс-синдрома ОРДС и полиорганной кислородной недостаточности [5]. Однако основанием для данной гипотезы явилось создание биотрансформационной модели без проведения экспериментальных и клинических исследований SARS-CoV-2 тропен к бокаловидным клеткам, содержащимся в слизистой оболочке дыхательных путей, кишки, конъюнктиве глаз, протоках поджелудочной и околоушных слюнных желёз. Активная репликация вируса, значительно снижает защитные функции бокаловидных клеток (слизистое образование), что также способствует проникновению вируса в организм человека.

В ответ на распространение коронавируса наблюдается развитие гипериммунной реакции — так называемый «цитокиновый шторм», характеризующийся синтезом значительного (аномального) количества провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1β, ИЛ-6, фактора некроза опухоли и др.) и хемокинов при одновременном снижении содержания Т-лимфоцитов в крови [1]. Кроме того SARS-CoV-2, инфицируя эндотелий кровеносных сосудов, взаимодействует с расположенными там ACE2 и приводит к развитию эндотелиальной дисфункции, гиперпроницаемости, нарушению микроциркуляции, развитию сосудистой тромбофилии и тромбообразованию [1]. Прогрессирование COVID-19 определяется диффузным альвеолярным повреждением с образованием гиалиновых мембран, развитием отека легких. Гистологическая картина легких при аутопсии характеризуется организацией альвеолярных экссудатов и интерстициальным фиброзом, образованием гиалиновых мембран, наличием интерстициальных мононуклеарных воспалительных инфильтратов, многочисленных микротромбов фибрина, выраженным отеком, гиперплазией и очаговой десквамацией альвеолоцитов II типа, значительным содержанием макрофагов с вирусными включениями в альвеолярном экссудате.

В более пораженных областях наблюдается кровоизлияние, некроз, геморрагический инфаркт [2,3]. Клиническая картина и диагностика COVID-19 инфицирование SARS-CoV-2 человека происходит в последние дни инкубационного периода и максимально в первые три дня от начала болезни. У подавляющего большинства заражение возникает вследствие контакта с пациентом COVID-19 в случаях клинически манифестировавшего заболевания (до 75-85% — при контакте с инфицированными родственниками из семейного окружения). Следует подчеркнуть, что выделение вируса, как правило, продолжается до 12 дней в легких/умеренных случаях и более 14 дней — в тяжелых. Однако у

выздоровевших от COVID-19 пациентов РНК нового коронавируса может быть положительной и после исчезновения клинических симптомов. Болеющий COVID-19, может заразить 3-5 окружающих его людей, а болеющий гриппом — лишь 1-2 человек [4-6].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, артериальной гипертензией, сахарным диабетом, злокачественными опухолями являются наиболее восприимчивыми к SARS-CoV-2.

Инкубационный период составляет 2–14 суток средний период — 5-6 дней. SARS-CoV-2 передаётся воздушно-капельным при кашле, чихании, разговоре, воздушно-пылевым с пылевыми частицами в воздухе, контактным через рукопожатия, предметы обихода и фекально-оральным путями [1].

Выявленные неблагоприятные признаки требуют мониторинга функций печени и электрокардиографии, особенно среди групп риска — пациентов с ХЗП и нарушениями реполяризации миокарда. Масштаб в использовании экспериментальных методов лечения для COVID-19 является беспрецедентным. Однако еще предстоит установить доказательства их эффективности. В связи с этим для клинической практики остается очень важным вопрос по межлекарственному взаимодействию. На сайте Ливерпульского университета (Великобритания) (www.covid19-druginteractions.org) представлены основные экспериментальные препараты, которые на сегодня используются в терапии COVID-19 с указанием их механизмов действия; дана оценка совместного применения с другими средствами с учетом рисков и преимуществ, длительности применения, состояния пациента, приема лекарств по поводу ранее установленных заболеваний [5].

Выводы

В мире зарегистрировано свыше 3,5 млн. случаев заболевания COVID-19, в результате которого погибло более 250 000 человек [4]. К сожалению, в настоящее время не существует эффективных специфических методов лечения COVID-19 [5]. Проводятся многочисленные клинические рандомизированные исследования различных препаратов. Пока отсутствуют доказательства того, что пациенты, выздоровевшие от COVID-19, защищены от повторной инфекции [5]. Необходим мониторинг лиц с антителами против SARS-CoV-2 в сравнении с лицами без них с оценкой частоты инфицирования SARS-CoV-2 и развития COVID-19 в течение длительного периода (не менее одного года).

Однако первый экспериментальный опыт применения плазмы, содержащей антитела иммуноглобулинов класса G больных, перенесших COVID-19, продемонстрировал обнадеживающие результаты [5]. Выздоровевшие пациенты от COVID-19 и лица с бессимптомным течением, выделяющие вирус с фекалиями, могут рассматриваться как возможный источник инфекции. Кроме того, поскольку РНК SARS-CoV-2 была обнаружена в образцах сточных вод, остается нерешенным вопрос о жизнеспособности вируса в условиях окружающей среды, через которую также может быть реализован фекально-

оральный путь передачи [5]. Вопрос о возможности развития второй вспышки, реактивации или новой волны SARS-CoV-2-инфекции остается открытым. Со времени объявления пандемии интенсивно начаты разработки вакцин, которых находятся на разных стадиях клинических исследований [5]. Для сдерживания распространения SARS-CoV-2 и COVID-19 по-прежнему требуются ограничительные меры. Для всех стран мира пандемия имеет далеко идущие медико-социальные и экономические последствия («коронакризис»). Сегодня профессиональные и личные действия каждого из нас должны быть направлены на борьбу с этой угрозой. Цель настоящего обзора заключается в изложении современных данных о поражении органов пищеварительной системы при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Помимо признаков поражения дыхательной системы при COVID-19 наблюдаются желудочно-кишечные симптомы (тошнота, рвота, диарея), которые могут предшествовать появлению респираторных симптомов и выходить на первый план в клинической картине заболевания. Больные с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, получающие иммуносупрессивную терапию, входят в группу повышенного риска развития COVID-19. При новой коронавирусной инфекции могут отмечаться признаки поражения печени с повышением активности трансаминаз. Вопросы о связи поражений органов пищеварения с COVID-19 остаются недостаточно изученными и требуют дальнейших исследований.

Литература

1. Corona Resource Centre. [Electronic resource]. URL: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (date of the application: 15.04.2020)
2. Guarner J. Three Emerging Coronaviruses in Two Decades The Story of SARS, MERS, and Now COVID-19. *Am.J. Clin. Pathol.* 2020;
3. Lu R., Zhao X., Li J. et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet.* 2020;395(10224):56;
4. Chen N., Zhou M., Dong X. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020;
5. Li X., Geng M., Peng Y. et al. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. *J. Pharmaceutical. Analysis.* 2020;10(2):102-8. doi: 10.1016/j.jpha.2020.03.001.
6. Rothan H.A., Byrareddy S.N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J. Autoimmun.* 2020; 109:102433. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433.
7. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версия 6 (28.04.2020).

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19 НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Артиков И.А., Юсупов Ш.Р.

Печень является жизненно важным органом. Печень в организме человека выполняет множество функций. Участвует в реакциях иммунной системы. Кроме того определяет общий уровень сопротивляемости инфекциям и отвечает за производство антител для борьбы с вирусами и бактериями. Заболевания печени являются самыми распространенными в мире. Особенно в условиях пандемии COVID-19. Всемир-

ная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название SARS-CoV-2-инфекции, — COVID-19 («CoronaVirus Disease 2019» — заболевание, вызванное новым коронавирусом 2019). Пневмония является основной клинической формой COVID-19. Внелегочное присутствие SARS-CoV-2 обнаружено также в холянгиоцитах. Однако особое внимание следует уделять пациентам с COVID-19, относящимся к

группе риска — перенесшим трансплантацию печени, получающим иммуносупрессанты, а также в случаях декомпенсации цирроза, развитии печеночной недостаточности на фоне хронической формы при проведении противовирусной терапии.

Ключевые слова: COVID, хронический гепатит, коронавирус, клиническое течение.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Ахмадалиева Н.О., Саломова Ф.И., Зоитова Д.Б., Курбаниязова М., Арифога С.Б., Мажидов Р.

TOSHKENT TIBBIY AKADEMIYASI O'QITUVCHILARINING VAQTI ISHLAB CHIQRILMASI HAQIDA O'QISHNI O'RGANISH

Axmadaliev N.O., Salomova F.I., Zoitova D.B., Qurboniyazova M., Arifova S.B., Mazhidov R.

STUDY OF THE MORBIDITY OF TEMPORARY DISABILITY OF TEACHING STAFF IN TASHKENT MEDICAL ACADEMY

Akhmadaliev N.O., Salomova F.I., Zoitova D.B., Kurbaniyazova M., Arifova S.B., Mazhidov R.

Ташкентская медицинская академия

The article reveals the results of calculating and analyzing the structure and frequency of morbidity of the teaching staff of a medical university with materials of temporary disability (MTD) in 2014-2018. There is given a qualitative assessment of the indicators of MTD, are determined the structure, frequency of the MTD, and the volume of labor losses. There are shown significant differences in the frequency and duration of temporary disability, requiring a specific approach in the development of measures to prevent and reduce it.

Key words: temporary disability morbidity, structure, rate, temporary disability, form 16-td, the health of university teachers, morbidity among university teachers.

Maqolada 2014-2018 yillarda tibbiy universitetning professor-o'qituvchilar tarkibi va vaqtincha nogironlik (MTD) materiallari bilan kasallanish chastotasini hisoblash va tahlil qilish natijalari bayon qilingan. MTD ko'rsatkichlariga sifatli baho berilib, MTDning tuzilishi, chastotasi va mehnat yo'qotishlarining hajmi aniqlanadi. Vaqtinchalik nogironlikning chastotasi va davomiyligida sezilarli farqlar mavjud bo'lib, uni oldini olish va kamaytirish choralarini ishlab chiqishda o'ziga xos yondashuvni talab qiladi.

Kalit so'zlar: vaqtinchalik nogironlik kasalligi, tuzilishi, darajasi, vaqtinchalik nogironligi, 16-daraja, universitet o'qituvchilarining salomatligi, universitet o'qituvchilarining kasalligi.

Преподаватель высшей школы, особенно медицинского ВУЗа, по своему социальному предназначению призван решать задачу формирования студента не только как будущего специалиста высокого профессионального уровня, но и как здорового человека, здоровой личности, воспитывая при этом положительные, конструктивные ориентиры и закладывая установки на общечеловеческие ценности, а также - на разумный и целенаправленный здоровый образ жизни.

Однако проблема сохранения здоровья ППС вузов, несмотря на очевидную актуальность, недостаточно изучена. Имеющиеся наработки носят фрагментарный характер. При этом исследователи указывают, что здоровье является фактором развития профессиональной компетентности [1,4]. Проблему профессионального здоровья педагога по степени значимости следует рассматривать в контексте общей концепции охраны здоровья нации [3]. Это относится прежде всего к методологии обеспечения здоровья педагога, от которого в огромной степени зависит здоровье подрастающего поколения, будущего страны [4]. М.С.Микерова (2017) проанализировала здоровье преподавателей медицинских вузов и факторов,

его определяющих, и пришла к выводу, что среди данного контингента высок уровень распространенности хронической патологии, формирующейся под влиянием образа и условий жизни, на фоне постоянно возрастающих требований, ответственности и нагрузки [2]. Автор показала, что организация медицинской помощи преподавателям вузов нуждается в оптимизации.

В нашей республике вопросы гигиены труда преподавателей вузов никогда не были предметом изучения - у нас традиционно считается, что преподаватель должен быть примером для студента во всех отношениях, в том числе - и в отношении здоровья. Сохранение здоровья преподавательского корпуса вузов является задачей большой социальной значимости, определяющей как качество жизни этой большой группы населения, так и экономические потери, а главное - эффективность их работы по подготовке будущих специалистов, необходимых для дальнейшего развития нашей республики.

Объективная оценка профессионального здоровья, в условиях существующих принципов накопления медицинской информации по месту проживания, достаточно затруднительна. Среди достоверных источников остается лишь показатель

заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) и результаты периодических медицинских осмотров (если они проводятся).

Заболеваемость профессорско-преподавательского состава (ППС) вузов с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) лишь отчасти характеризует общее состояние их здоровья, но ее анализ позволяет оценить динамику и характер этой заболеваемости, значение для этих показателей возраста и стажа работы.

Цель исследования явилось изучение и гигиеническая оценка заболеваемости с временной утратой трудоспособности преподавателей Ташкентской медицинской академии.

Методы исследований. Нами изучена заболеваемость преподавателей Ташкентской медицинской академии (ТМА) за период 2014-2018 гг. на основе официально зарегистрированных листов нетрудоспособности. Анализ заболеваемости проведен на основе МКБ – 10.

Оценка уровня ЗВУТ и числа дней нетрудоспособности на 100 работающих в год проведена по шкале показателей ЗВУТ Ноткина Е.Л. (1979). Исследована заболеваемость ППС с ВУТ в двух группах работников в вузе: 1 группа-основная- ППС; 2 группа – группа сравнения (контроль)- административно-технический персонал.

Результаты проведенных исследований. По результатам исследования уровень заболеваемости в обеих изучаемых группах по классификации Ноткина Е.Л. (1979) был низким: в основных группах он колебался от 8,2 до 15,4 на 100 работающих, а в группах сравнения – от 10,5 до 18,7 на 100 работающих, т.е. ежегодно в группах сравнения уровень заболеваемости был несколько выше, чем в основных группах. При этом уровень заболеваемости основной группы, женщин ежегодно был в 1,4-2,1 раз выше, чем у мужчин (рис. 1).



Рис. 1. Динамика уровня заболеваемости с ВУТ преподавателей-мужчин и женщин на 100 работающих соответствующего пола (2014-2018 гг.)

В структуре заболеваний в наших исследованиях в контрольных группах первые места в порядке значимости занимают: болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, травмы, инфекционные заболевания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. В основных группах на первом месте – болезни органов дыхания

(35,3%), на втором месте по частоте – болезни системы кровообращения (18,9%), на третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,3%), на четвертом – болезни нервной системы (6,1%), на пятом – травмы (5,6%). Эти группы болезней составляют 75% всех зарегистрированных заболеваний.

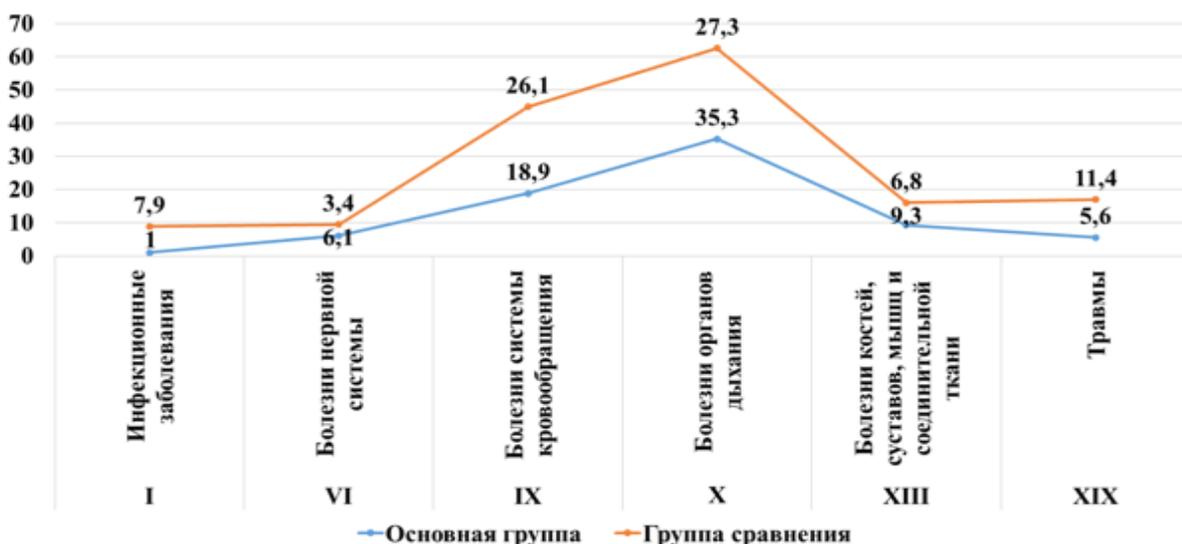


Рис. 2. Сравнительная структура заболеваний с ВУТ в основной группе и в группе сравнения ТМА (в среднем за 5 лет).

Совершенно очевидно, что структура заболеваний с ВУТ исследуемой группы связана с особенностями труда ППС. Так, важнейшая группа зарегистрированных заболеваний - болезни системы кровообращения - и у мужчин, и у женщин представлена такими формами патологии, как гипертоническая болезнь (до 11,4% всех заболеваний), ишемическая болезнь сердца (до 8,9% заболеваний), острые нарушения мозгового кровоснабжения (до 8,1% заболеваний), т.е. тех болезней, для которых высокое нервно-психическое напряжение, характерное для работы ППС, является одним из важнейших факторов риска.

Длительность трудопотерь на каждый случай заболевания оказалась различной и зависела также от формы патологии и пола лиц, получивших

При оценке трудопотерь на 100 работающих в ТМА выявлено, что уровень трудопотерь может быть охарактеризован как низкий и очень низкий (табл. 2).

больничный лист. Для женщин величина трудопотерь оценена нами по двум вариантам расчетов - с учетом и без учета осложнений дородового и послеродового отпуска (табл. 1 и 2). Длительность одного случая заболевания у женщин в 2014 и 2015 гг. была достоверно меньшей, чем у мужчин; это связано с тем, что в эти годы среди мужчин были зарегистрированы случаи заболеваний, потребовавшие длительного стационарного, а затем амбулаторного лечения (туберкулез легких, инсульт). В остальные годы у женщин длительность одного случая не имела достоверных отличий от мужчин как с учетом декретного периода, так и без него.

Таблица 1

Длительность одного случая заболевания ППС ТМА, дни, М±m

Пол исследуемых	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
мужчины	20,9±11,1	22,9±8,2	11,6±3,4	4,9±0,7	5,8±0,9
Женщины с учетом ДО*	5,6±0,5 P**<0,01	5,2±0,7 P<0,01	4,8±0,5 P>0,05	4,8±0,7 P>0,05	6,4±0,8 P>0,05
Женщины -1 случай ДО	5,6±0,5 P**<0,01	5,2±0,7 P<0,01	4,8±0,5 P>0,05	4,0±0,7 P>0,05	6,1±0,7 P>0,05

*ДО - декретный дородовый и послеродовый отпуск, P** - в сравнении с мужчинами

Таблица 2

Число дней нетрудоспособности на 100 работающих в ТМА в год, дни

Пол исследуемых	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Мужчины	606,1	297,7	266,8	142,1	179,8
Женщины с учетом ДО*	325,1	213,2	216,0	172,8	448,0
Женщины без ДО*	270,4	125,8	197,8	123,8	385,0

*ДО - декретный дородовый и послеродовый отпуск

При исследовании заболеваемости с ВУТ нами проводилась также оценка значимости возраста и стажа работающих для частоты заболеваний. У мужчин с увеличением возраста частота заболеваний однозначно возрастает, тогда как у женщин такой зависимости не выявлено.

При оценке значимости для заболеваемости с ВУТ стажа работы преподавателей в вузе выявлено, что у мужчин чаще всего болели лица со стажем работы 30 и более лет - 45,6% всех зарегистрированных больных. У женщин чаще всего болели лица со стажем работы до 10 лет (32,9% от общего числа заболевших); реже всего болели женщины с большим стажем работы - стаж работы более 30 лет имели лишь - 19,7% заболевших женщин.

Учитывая, что больничный лист при острых заболеваниях в вузах берут лишь 20-25% преподавателей, мы понимаем, что заболеваемость с ВУТ не характеризует в полной мере состояние здоровья ППС.

Объективная оценка показателей здоровья ППС исследуемого вуза позволяет сделать следующие предварительные выводы:

- при изучении заболеваемости преподавателей с временной утратой трудоспособности (2014-2018гг) выявлен низкий уровень заболеваемости (на уровне 8,2 - 15,4 на 100 работающих в год);
- в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности до 82-84% составляют тяжелые формы патологии, связанные с особенностями труда ППС.
- важнейшая группа зарегистрированных заболеваний - болезни системы кровообращения - представлена такими формами патологии, как гипертоническая болезнь, ИБС, острые нарушения мозгового кровоснабжения;
- при оценке трудопотерь на 100 работающих уровень трудопотерь может быть охарактеризован как низкий и очень низкий;
- частота заболеваний с ВУТ у мужчин увеличивается с увеличением возраста, тогда как у женщин

явной зависимости частоты заболеваний от возраста не выявлено

-для уровня заболеваемости с ВУТ имеет значение стаж работы: чаще всего заболевания с ВУТ отмечены при стаже работы 30 и более лет

Литература

1. Масловская С.В., Фомина М.В. Здоровье как фактор развития профессиональной компетентности педагога // Вестник Оренбургского государственного университета. - 2009. - С. 81-86.

2. Микерова М.С. Здоровье преподавателей медицинских вузов и факторы, его определяющие: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Москва, 2007. - 24 с.

3. Митина Л.М. Психология труда и профессионального развития учителя: Учеб. пособие для студентов высших пед. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 320 с.

4. Садовская Е.А. Профессиональная компетентность будущих преподавателей-исследователей университета. Мет. указание.- Оренбург: РИК ГОУ ОГУ, 2004.- 50 с.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Ахмадалиева Н.О., Саломова Ф.И., Зоитова Д.Б., Курбаниязова М., Арифова С.Б., Маждидов Р.

В статье представлены результаты расчета и анализа структуры и частоты заболеваемости профессорско-преподавательского состава медицинского вуза с материалами временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) в 2014—2018 гг. Дана качественная оценка показателей ЗВУТ, определены структура, частота ЗВУТ, объемы трудопотерь. Показаны существенные различия в частоте и продолжительности временной нетрудоспособности, требующие специфического подхода при разработке мероприятий по ее предупреждению и снижению.

Ключевые слова: заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ), структура ЗВУТ, частота ЗВУТ, временная нетрудоспособность (ВН), форма 16-вн, здоровье преподавателей вузов, заболеваемость преподавателей вузов.

УДК:618.1-618-019

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Аюпова Ф.М. Нигматова Г.М., Миродилова Ф.Б.

XOMILADOR AYOLLARDA KORONAVIRUS INFEKSIYANING XUSUSIYATLARI

Ayupova F.M., Nigmatova G. M., Mirodilova F.B.

PECULIARITIES OF THE COURSE OF CORONAVIRUS INFECTION IN PREGNANT WOMEN

Ayupova F.M., Nigmatova G. M., Mirodilova F.B.

Ташкентская Медицинская Академия

COVID-19 bilan onaning va homilaning prognozi kasallik paydo bo'lgan homiladorlik trimestriga, premorbid fonning mavjudligiga, yuqumli jarayonning og'irligiga, asoratlarning mavjudligiga va terapiyani boshlashning vaqtiga bog'liq.

The prognosis for the mother and fetus with COVID-19 depends on the trimester of gestation in which the disease occurred, the presence of a premorbid background, the severity of the infectious process, the presence of complications and the timeliness of initiation of therapy.

Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении этого заболевания ограничены [6,9]. Среди групп риска на заражение COVID-19 особое место занимают беременные женщины. Известно, что сама по себе беременность, хоть и является физиологическим состоянием, сопровождается изменениями ряда органов и систем, в том числе и иммунной. В силу этого восприимчивость к ряду инфекций во время беременности значительно возрастает [1].

На сегодняшний день нет достаточного количества наблюдений за беременными женщинами, инфицированными COVID-19, однако некоторые наблюдения за инфицированными беременными в Китае, США, России позволяют сделать определенные выводы [1].

Согласно данным доступной литературы, специфических клинических проявлений COVID-19 у беременных не зарегистрировано. Критерии диагноза, особенности клинического течения, осложнения не отличаются от таковых для других категорий взрослого населения. Однако беременные должны находиться под динамическим наблюдением, так как они относятся к группе риска тяжелого течения вирусных заболеваний. Любая пневмония инфекционной этиологии является причиной заболеваемости и смертности среди беременных. Так, в группе высокого риска те беременные, у которых имеются различные соматические заболевания, особенно во второй половине беременности, такие, как сердечно-сосудистые, болезни органов дыхания (пневмония, бронхиальная астма), диабет, артериальная гипертония, заболевания почек и печени, хронические воспалительные процессы. Эти заболевания наряду с нарушениями иммунного статуса, гемостаза (свертываемости крови), наличием злокаче-

ственных опухолей во время беременности способствуют повышению нагрузки в целом на организм и особенно увеличению объема циркулирующей крови, снижению показателей дыхания и развитию различных осложнений.

Фактор риска развития осложнений во время беременности - отягощенный акушерский анамнез. Так, гипертензивные состояния, кровотечение, нарушение свертывания крови, преждевременные роды, невынашивание беременности, различные оперативные вмешательства и другие при прошлой беременности являются также факторами риска. Эти беременные относятся к группе риска и требуют особого внимания.

COVID-19 наиболее опасен во втором и третьем триместре с учетом нагрузок на разные системы организма [4]. Ни в коем случае нельзя забывать и про факторы риска самой беременности. Чтобы не увеличивать процент материнской или младенческой смертности, не надо забывать, что все беременные независимо от коронавируса должны проходить обследования в четко установленные протоколом ведения беременности сроки. Своевременно сдавать анализы, проводить УЗИ, консультироваться у врача.

Обследование беременных с COVID-19 не должно отличаться от обследования, предусмотренного для взрослых пациентов с COVID-19. При необходимости применения рентгенологических методов диагностики следует использовать средства защиты плода от радиационного излучения. Специальное акушерское обследование проводят в полном объеме соответственно гестационному сроку. Конечно, могут быть ограничения в связи с коронавирусной инфекцией. Но при правильной организации режима отдыха, физических нагрузок и образа жизни (социальном дистанцировании и соблюдении методов гигиены и защиты) можно преодолеть эти трудности.

Плод не прямая мишень для коронавирусной инфекции. Вирус не имеет доказанного тератогенного воздействия на плод, так как не проходит через плацентарный барьер. Роды обычно протекают легко. То есть дети, как правило, не страдают, рождаются без признаков заболевания. Самое главное - их вовремя изолировать [3].

Китайские медики не обнаружили нового коронавируса у новорожденных детей, чьи матери во время беременности болели COVID-19 [5]. Пробы для выявления коронавируса у детей брали из носоглотки через трое суток после рождения. Все оказались отрицательными. Лихорадки, кашля, диареи у новорожденных не наблюдали. При выписке ни матери, ни дети (включая ребенка, которого не тестировали на наличие SARS-CoV-2) не демонстрировали признаков инфекции. По совокупности этих данных авторы решили, что передача COVID-19 от беременных детям маловероятна: возможно, она вообще не происходит.

Судя по всему, основной известный путь передачи нового коронавируса SARS-CoV-2 — воздушно-ка-

пельный, и пока не доказано, что человек без респираторных симптомов может инфицировать других. Также не вполне ясно, может ли вирус передаваться от матери ребенку в утробе.

Нужно ли прерывать грудное вскармливание, если у матери выявят коронавирус? Согласно клиническим руководствам, не стоит прерывать грудное вскармливание, если у матери имеется подозрение на COVID-19 или были контакты с заболевшими. Но если у женщины высокая температура или другие серьезные проявления какой-либо вирусной инфекции и врач назначил препараты, которые попадают в грудное молоко и нежелательны для ребенка, то грудное вскармливание следует прекратить на время лечения.

Как беременные могут защитить себя от заражения COVID-19? Беременные женщины должны делать то же самое, что и обычные люди для избежания заражения. Остановить распространение COVID-19, можно выполнив следующие действия: кашлять в локоть, избегать контактов с больными людьми, часто мыть руки с помощью мыла и воды или спиртового дезинфицирующего средства для рук.

Ведение беременных женщин основывается, прежде всего, на оценке степени инфицирования COVID-19, его клинических проявлениях, правильной оценке акушерской ситуации.

Акушерская тактика определяется несколькими аспектами: тяжестью состояния пациентки, состоянием плода, сроком гестации. При легком течении COVID-19 возможно пролонгирование беременности до доношенного срока. При тяжелом и среднетяжелом течении заболевания до 12 нед. гестации в связи с высоким риском перинатальных осложнений рекомендуется прерывание беременности после излечения инфекционного процесса. При отказе пациентки от прерывания беременности необходима биопсия ворсин хориона для выявления хромосомных аномалий плода. Прерывание беременности и родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с увеличением показателя материнской летальности и большим числом осложнений: утяжеление основного заболевания и вызванных им осложнений, развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности, возникновение акушерских кровотечений, интранатальная гибель плода, после родовые гнойно-септические осложнения. Однако при невозможности устранения гипоксии на фоне ИВЛ или при прогрессировании дыхательной недостаточности, развитии альвеолярного отека легких, а также при рефрактерном септическом шоке по жизненным показаниям в интересах матери показано досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения с проведением всех необходимых мероприятий по профилактике коагулопатического и гипотонического акушерского кровотечения. В случае развития спонтанной родовой деятельности в разгар заболевания и пневмонии роды предпочтительно вести через естественные родовые пути под мониторным контролем состояния матери и плода. Проводить тщательное обезболивание,

детоксикационную, антибактериальную и противовирусную терапию, респираторную поддержку. Во втором периоде родов для профилактики развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности ограничить потуги. При необходимости быстрого окончания родов следует применить вакуум-экстракцию или наложить акушерские щипцы [1,2,7,8].

Кесарево сечение выполняется при наличии абсолютных акушерских показаний, а также умирающей женщине (для сохранения жизни плода).

Прогноз для матери и плода зависит от триместра гестации, в котором возникло заболевание, наличия преморбидного фона (курение, ожирение, фоновые заболевания органов дыхательной системы и ЛОР-органов, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция), степени тяжести инфекционного процесса, наличия осложнений и своевременности начала противовирусной терапии.

Таким образом, рациональные подходы и правильно выбранная акушерская и общетерапевтическая тактика будут способствовать сохранению жизни и здоровья матери и ребёнка.

Литература

1. Бехенарь В.Ф., Айламазян Э.К. и соавторы – Тактика ведения беременных, рожениц и родильниц с подозрением или подтвержденной COVID-19 – Краткие клинические рекомендации - Санкт-Петербург – 2020 – 50с.
2. Мусабаев Э.И. и соавторы – Национальное руководство по COVID-19 – Ташкент – 2020 – 156 с.
3. Dong L, Tian J, He S, et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. JAMA 2020 doi: 10.1001/jama.2020.4621
4. Lamouroux A, Attie-Bitach T, Martinovic J, et al. Evi-

dence for and against vertical transmission for SARS-CoV-2 (COVID-19). American journal of obstetrics and gynecology 2020 doi: 10.1016/j.ajog.2020.04.039

5. Liu Y, Chen H, Tang K, et al. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. Journal of Infection 2020;Online doi: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.02.028>

6. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Educational and support resources for coronavirus(COVID-19) 2020 [Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-womens-health/educational-and-support-resources-for-coronavirus-covid-19/> accessed 01 June 2020.

7. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, et al. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. New England Journal of Medicine 2020;382(22):2163-64. doi: 10.1056/NEJMc2009316

8. Wang C, Zhou YH, Yang HX, et al. Intrauterine vertical transmission of SARS-CoV-2: what we know so far. Ultrasound Obstet Gynecol 2020;n/a(n/a) doi: 10.1002/uog.22045

9. World Health Organisation. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports2020 [Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/> accessed 01 June 2020.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Аюпова Ф.М., Нигматова Г.М., Миродилова Ф.Б.

Прогноз для матери и плода с COVID-19 зависит от триместра гестации, в котором возникло заболевание, наличия преморбидного фона, степени тяжести инфекционного процесса, наличия осложнений и своевременности начала терапии.

УДК:616.15:616.216.1-002-08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ

Бакиева Ш.Х., Бабажанов Т.Ж.

БОЛАЛАРДА МАВСУМИЙ АЛЛЕРГИК РИНИТНИНГ НОҚУЛАЙ ИҚЛИМИЙ ШАРОИТЛАРДА КЛИНИК КЕЧИШИНИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Бакиева Ш.Х., Бабажанов Т.Ж.

PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF SEASONAL ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN IN REGIONS WITH ADVERSE NATURAL AND CLIMATIC CONDITIONS

Bakieva Sh.Kh., Babazhanov T.Zh.

Ташкентская Медицинская Академия

Maqolada yoshlarda yil davomida allergik rinitning yuqori chastotasi masalari muhokama qilinadi. Tananing umumiy intoksikatsiyasini ko'rsatadigan bezovtalik, qo'zg'alish, bosh og'rig'i, uyquning buzilishi, terlash kabi klinik belgilar

In article the author had pointed on that nowadays more children are suffering from everyday allergic rhinitis. And it is mat more in boys than girls. In this article had shown the process and characteristics of everyday allergic rhinitis /Features of EAR are tiredness, excitability, headache, insomnia and sweat.

Многочисленные исследования показывают, что аллергический ринит (АР) у детей остается с высокой частотой, клинической тяжестью, а также осложнениями и неблагоприятными последствиями (1,5). Заболеваемость сезонным аллергическим ринитом у детей младшего возраста напрямую

связана с влиянием климатических и географических особенностей региона (2,5).

Признано, что началом сезонных клинических проявлений АР является наличие аллергенов в течение 2-3 сезонов. Заболеваемость сезонной АР чаще встречается среди городских жителей, чем

среди сельских жителей. Большинство людей, страдающих сезонным АР, являются преимущественно городскими жителями. Уровень распространенности АР варьирует в зависимости от возраста и пола. У детей АР чаще встречается у мальчиков.

Известно, что клиническое течение аллергических заболеваний зависит от множества факторов. Клиническое течение АР, наряду с различными влияющими факторами, зависит от индивидуальных воздействий организма, возраста, пола и этнической принадлежности. Аспекты клинических проявлений АР в литературе не были адекватно освещены, учитывая сложность заболевания.

Целью исследования являлся анализ клинического течения сезонного аллергического ринита у детей.

46 детей в возрасте от 5 до 12 лет были обследованы на наличие сезонного аллергического ринита в Областном детском многопрофильном медицинском центре. Было 29 мальчиков и 17 девочек, которым во время ремиссии были диагностированы сопутствующие заболевания. Клиническая оценка проводилась на основе объективного воздействия, истории развития заболевания и анализа жалоб при различных уровнях сезонного аллергического ринита (САР).

В этом исследовании использовались две классификации с использованием классификации МКВ-10 и рабочей группы ARIA Всемирной организации здравоохранения.

Для подробного анализа клинических данных большим детям и их родителям была проведена специальная анкета.

Клиническое исследование внешнего вида кожи, слизистая оболочка, устройство базового движение, нервная система, внутренние органы, а также для оценки состояния органов ЛОР отоскопов, риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия. Риноскопия и исследование носоглотки проводились с использованием обычного метода и фиброэндоскопии «BUONCHO FIBERSCOPE XZ-3». Были проведены клинические и лабораторные исследования, включая общий анализ крови и мочи, аллергическое тестирование и оценку клеточного содержимого секрета носа. Рентгенологическое исследование полости носа и носа проводилось в соответствии с показанием.

Во всех наблюдениях он находился в вибрирующем состоянии: период ремиссии (облегчение заболевания) и период обострения были зафиксированы на фоне клинических проявлений заболевания. Заболеваемость сезонным аллергическим ринитом составляет 32 (40%) весной, 27 (33,8%) осенью, 14 (17,5%) летом и зимой 7(8,8%). Эта разница может объясняться повышенной специфичностью чувствительности организма к клеткам и тканям, а также повышенным воздействием высоких аллергических доз в указанное время года. У ряда пациентов основной группы было зарегистрировано 2 и более вспышек в течение года, тогда как в группе сравне-

ния отмечалась самая высокая частота множественных рецидивов в течение года.

В таблице 1 представлены показатели сезонного аллергического ринита.

Таблица 1
Оценка исходных значений для пациентов с сезонным аллергическим ринитом

Критерии	Количество пациентов n = 59
Количество вспышек в течение года	1,9 ± 0,08
Количество вспышек, требующих медикаментозного лечения	1,9 ± 0,07
Средняя продолжительность заболеваемости, в днях	34,2 ± 1,2

САР утаивания их сложностей, принимая во внимание пациентов следующих группы: легкая форма 12(20,3%), умеренная -20(33,8%), умеренная относительно большого объема.

Средняя тяжелая 74,4%, тяжелая 33, 8%, легкая 20,3%.

Клинические симптомы САР условно делятся на 3 группы.

Первая группа состоит из следующих основных симптомов заболевания:

- 51 (86,6%) случаев с частыми спонтанными приступами, частыми жалобами;

- 47 (79,6%) случаях заложенности носа;

- 49 (83,1%) пациентов испытывали запаха при увеличении гипосмии;

- 43 (75,4%) пациентов был установлен зуд и зуд в носу;

- 39 (66,1%) пациентов жаловались на диссоциацию носа.

Только у 4 (7,0%) пациентов было 2 симптома у 16 (28,1%), и у 38 (66,6%) было 3 или более из указанных клинических признаков САР.

Таблица 2 показывает проявление признаков болезни у пациентов группы сравнения.

Таблица 2
Основные клинические признаки САР (%)

Признаки	Серьезность САР		
	Легкий n=12	Умеренно тяжелый n=27	Тяжелая n=20
Приступный чих	9(81,8)	24(88,8)	18(94,7)
Заложенность носа	9(81,8)	22(81,4)	16(80,1)
Дисфункция обоняния	7(58,3)	25(92,6)	17(85,1)
Зуд в носу	5(45,5)	21(77,8)	17(89,5)
Выделения из носа	3(27,3)	20(74,1)	16(80,1)

Следующие дополнительные клинические признаки группы 2 включают в себя:

- у 52 пациентов были обнаружены воспаление, отек, покраснение на стенке носа и верхней губе;

- 48-зуд, раздражение, возрастные колебания, свидетельствующие о воспалении соединительной ткани;

- 42 случая боли в горле и кашля, свидетельствующие о наличии фарингита при чуме;

- у 43 пациентов были обнаружены поперечные складки на коже носовой стенки, и у 2 из них 1 был аллергический салют;

- у 4 пациентов (с носовым стулом, вызванным постоянным носовым дыханием в носовых венах), имеется основная диарея;

- 12 случаев кровотечения из-за ускорения носа;

- у 14 пациентов глотание, являющееся симптомом аллергической эритемы, определяется как боль в ушах и шум, потеря слуха;

Частота идентификации этих 2 групп показана в таблице 3.

Таблица 3

Дополнительные клинические признаки сезонного аллергического ринита

Признаки	Сложность прогрессирования заболевания		
	Легкие, n = 12	Средние тяжелый, n = 27	Тяжелая, n = 20
Воспаление, наблюдение за стенкой носа и верхней губы (52 человека)	6(54,5%)	25(92,6%)	18(94,7%)
Зуд и раздражение глаза (48человека)	4(33,3 %)	26(96,3%)	18(90,1%)
Поперечные изгибы кожи стенки носа 43	3(27,3%)	24(88,9%)	16(84,2%)
Симптом «Аллергический салют» 21	2(16,6 %)	11(40,7%)	8(47,4%)
Потемнение циркулярных мышц вокруг глаза 4	-	1(1,8%)	3(15,8%)
Боль в ушах и шум 14	1(9,1%)	6(22,2%)	7(36,8%)

Это распространенный неспецифический симптом третьей группы, который присутствует при сезонном аллергическом рините;

- 51(89,5%) пациент испытывает слабость, тошноту, воспаление;

- у 43(72,9%) пациентов обнаружены головные боли, повышенная утомляемость, нарушения концентрации внимания;

- у 24(42,1%) пациентов отмечалось потоотделение;

- 23(40,4%) пациентов сообщили о нарушениях сна и храпа.

Таблица 4 показывает частоту выявления 3 групп симптомов.

Таблица 4

Сезонный аллергический ринит в общих неспецифических клинических признаках среды

Признаки	Переходный вес сезонного АР		
	Легкие, n=12	Умеренно тяжелый, n=27	Тяжелая n=20
Бессонница, болезнь, воспаление	8(72,7%)	26(96,3%)	17(89,5%)
Головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания 45	3(27,4%)	24(88,8%)	16(80,1%)
Нарушения сна, плохое настроение 23	2(18,2%)	10(37,0%)	11(57,9%)
Потоотделение 24	-	9(33,3%)	15(78,9%)

Симптомы первой группы менее выражены при легких формах заболевания, чем от умеренных до тяжелых. У пациентов группы сравнения все симптомы в 3 группах были менее частыми, чем в основной группе. Симптомы третьей группы пациентов с небольшим опрокидыванием САР показывают, что все клинические симптомы, зарегистрированные у пациентов основной группы, являются относительно полными, с высококачественным, полностью развитым САР. Подобно прерывистой форме САР, сохранение клинических признаков для первых 2 групп повторялось таким же образом.

Генерализованные неспецифические симптомы, указывающие на токсикоз, возбуждение головные боли, нарушения сна, потоотделение и потоотделение, часто встречаются у людей с персистирующими формами САР. САР растет больше в весеннем и осень с тяжестью сезона, в то время как группа 3, чтобы показать признаки прямых, косвенных и определить, что предмет качества их доказательств.

При лечении АР и диагностики планирует принимать во внимание все вышеперечисленное.

Литература

1. Назаров А.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергических заболеваний. Ташкент-

2. Арифов.С.С. Алиева.В.Ш. Анализ результатов лечения больных сезонной формой аллергического ринита // Российская отоларингология. – Санкт-Петербург, 2009. – № 3. – С. 9-13.

3. Алиева В.Ш., Арифов С.С., Анализ результатов обследования и лечения больных аллергическим ринитом (первое сообщение) //Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2009. – № 2. – С. 3.

4. Хасанов. С.А., Мухамеджанов У.Х. Клинико-эпидемиологическая характеристика аллергического ринита детей школьного возраста. //Стоматология, Ташкент, 2005. №1-2 с.96.

5. Kantarci O.H., Hebrink D.D., Schaefer-Klein J., Sun Y., Achenbach S., Atkinson E.J., Heggarty S., Coteleur A.C., de Andrade M., Vandenbroeck K. Interferon gamma allelic variants: sex-biased multiple sclerosis susceptibility and gene

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ

Бакиева Ш.Х., Бабажанов Т.Ж.

В статье рассматриваются вопросы о большой частоте круглогодичного аллергического ринита у лиц молодого возраста. Делается акцент на то, что клинические признаки как недомогание, возбуждение, головная боль, нарушение сна, потливость, которые указывают на общую интоксикацию организма, свидетельствуют о наличии персистирующей формы САР.

УДК: 616.155.392:616-036/-037-036.12

СУРУНКАЛИ ЛИМФОЛЕЙКОЗ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРАЛДАРДА КОВИД-19 ЎЗИГА ХОС КЛИНИК КЕЧИШИ

Болтоева Ф.Г., Машарипова И.Ю., Нурметова Ю.Б.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОВИД-19 У БОЛНЫХ СТРАДАЮЩИМ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

Болтоева Ф.Г., Машарипова И.Ю., Нурметова Ю.Б.

FEATURES OF THE COURSE OF COVID-19 IN PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA

Boltoeva F. G., Masharipova I.Y., Nurmetova Y.B.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Хронический лимфолейкоз - распространенное онкогематологическое заболевание у взрослых. Это клонально опасное пролиферативное гетерогенное заболевание малых лимфоцитов, сопровождающееся накоплением клональных клеток в костном мозге и ретикулярной системе. Хронический лимфолейкоз в большинстве случаев может протекать бессимптомно, но иногда может быстро прогрессировать до смерти. Поэтому при определении последствий этого заболевания и периода Ковид-19 требуется индивидуальный подход.

Ключевые слова. Хронический лимфолейкоз, Ковид-19, лимфоцит, лейкоцитоз

Chronic lymphocytic leukemia is a common oncohematological disease in adults. It is a clonally dangerous proliferative heterogeneous disease of small lymphocytes, accompanied by accumulation of clonal cells in the bone marrow and reticular system. Chronic lymphocytic leukemia can be asymptomatic in most cases, but can sometimes progress rapidly to death. Therefore, an individual approach is required in determining the consequences of this disease and in the period of Kovid-19.

Key words: Chronic lymphocytic leukemia COVID -19, lymphocyte, leukocytosis.

Сурункали лимфолейкоз (СЛЛ) – кичик лимфоцитларнинг клонал хавфли пролифератив гетероген касаллиги бўлиб, клон хужайралар суяк кўмиги, периферик қон, лимфотугун, талоқ ва жигарда тўпланиши билан кечади [1,2]. СЛЛ билан касалланиш 1йилда 100 минг аҳолидан 2-6 беморда учрайди ва 65 ёшдан кейин касаллик учраши 100 минг аҳолига 12,8 гача ошади [3].

Ғарб мамлакатларида СЛЛ билан 1 йил давомида касалланиши 100 минг аҳолига 4,2 гача учраши аниқланган. 65 ёшдан катта бўлган беморлар кўрсаткичи 20дан 100минггача ошиши кузатилади, шундан эркаклар (5,8 ходиса йилига) ва аёлларда(3,0 ходиса йилига) учраши аниқланган. 80 ва ундан ёши катта беморларда СЛЛ учраши йилига 30 ходисадан ошади. 10%ҳолиларда 55 ёшдан кичикларда учрайди [6].СЛЛ 40 ёшлар атрофида учраши йилига 0,2 ходисани ташкил қилади(Третьяк Н.М., Перехрестенко Т.П.,2005).

СЛЛ ни асосий белгиси лимфоцитоз, суяк кўмигида кучли жарохатланиш сабабли периферик қонда лимфоцит сони 80-90% кўп. Хатто лейкоцитоз кўп бўлса ҳам, қонда анемия симптомлари ва тромбоцитопения кузатилмайди. СЛЛ ни характерли белгиси қон суртмасида Гумпрехт-Боткин сояси учрайди, бу белги суртма тайёрлаш пайтида баъзи лимфоцит ядросида янчилиш хисобига бўлади. Касаллик кечишида қон ва суяк кўмигида пролимфоцит ва лимфобластларнинг кўп миқдорда учраб бу охириги стадияларида кучли намоен бўлади. Периферик қонда лимфоцитларнинг абсолют миқдори 5×10^9 /л уч ой давомида кўтарилиши билан кечса СЛЛ ташхисини қўйишга асос бўлади. Шунингдек лимфоцитлар клоналлигини иммунофенотип текшириш орқали ҳам ташхислаш мумкин[7,8].

Сурункали лимфолейкозда COVID-19 нинг энг кенг тарқалган асоратларидан бири бу гиперкоагулятивликдир. Касаллик даврида D-dimer даражасининг

босқичма-босқич ўсиши беморнинг аҳволини ва прогнознинг ёмонлашиши билан чамбарчас боғлиқдир.

Қон суртмаси микроскопик текширилганда аниқланган ўсма хужайралари морфологик кўринишига кўра етилган лимфоцитларни эслатади. Унда хужайра ядроси юқори конденсирланган хроматин билан қопланиб ядроси бўлмайдди, калта хошяли цитоплазма билан қопланган бўлади. Баъзан ёш хужайрали (пролимфоцит ва параиммунобластлар) миқдорини ошиши (10% дан юқори) кузатилади. Бундай холларда пролимфоцитарний лейкоз билан дифференциал диагностика ўтказиш кераклигини кўрсатади [10].

Касалликни ташхислашда лимфоцитларни иммунофенотип текшируви бўлган цитометрия усули ёрдамида аниқлаш зарур бўлади. Бу текширувни ўтказишда периферик қон ёки суяк кўмигида аниқласа бўлади. СЛЛ клон хужайраларига хос бўлган иммунофенотип белги: Т-хужайрада CD5 маркери ва В-хужайрада CD19, CD23 маркери аниқланиши хос. Шунингдек нормал В-хужайрада CD20, CD79b ва IgM ва IgD иммуноглобулинлар аниқланиши кузатилган [7].

СЛЛдаги клон хужайралар мембранасида CD5, CD19, CD23 антигенлар аниқланади. Хужайра мембранасида камроқ миқдорда IgM ва антигенлар CD20 ва CD22 топилиши ҳам касалликка хос ташхисий мезонлардан бири хисобланади [5]. СЛЛ ташхиси лимфотугунлари ва талоқ биоптатини иммунофенотип текшириш орқали ҳам қўйилади [Shen S. et al., 2012].

СЛЛ да цитогенетик текширувнинг ахамияти ҳам катта. Бунинг учун икки методни аниқлаш бўлиб стандарт кариотипироват усули шунингдек флуоресцент гибридизация *in situ* усулидир. Текширишнинг муҳимлиги шундаки хромасомадаги мутацияларга қараб касаллик оқибатини очиб бериш учун. Даволаниш мабойнида ўсма клони ўзига хос эволюцион ўзгаришга учраб ўзининг генотипини ўзгартириши мумкин, шу сабабли ҳар даво курсидан кейин ёки давога нисбатан рефрактерлик пайдо бўлганда текшириш ўтказиш керак бўлади. Кариотипированиа усулида хужайралар бўлинишида метафаз босқичидаги хужайраларни етарли даражада аниқлаш қийин. Бунда мутогенларни қабул қилиш талаб қилинади. Интерфазли флуоресцент хужайралар бўлинишида гибридизация *in situ* усулида қўшимча ўстирувчи факторларга эҳтиёж бўлмасдан юқори сезувчанликда аниқлайди. Бунда махсус зонд қабул қилиниб хромосома билан боғлайди ва хромосома мутацияси ҳақида ахборот беради [7].

Текшириш мақсади. Сурункали лимфолейкоз билан касалланган беморларни клиник кечишини ва оқибатини ўрганиш.

Ушбу тадқиқот учун Хоразм вилояти ВКТТМ Гематология бўлимида коронавирус пандемияси даврида даволанган сурункали лимфолейкозли беморларни таҳлили натижаси олинди.

Тадқиқот усуллари:

Гемограмма учун қондан суртма тайёрлаш классик усулда клиник лабораториясида ўтказилди. Бунинг учун беморлардан эрталаб, оч қоринга беморларнинг IV- бармоғидан 2,0 мл қон олинди. Олинган қон 3 та пробиркага: лейкоцитлар миқдорини аниқлаш, ЭЧТ ва гемоглобин (Hb) даражасини

аниқлаш учун, ҳамда шиша ойначага қондан суртма олиш учун ишлатилди.

Периферик қоннинг қуйидаги кўрсаткичлари баҳоланди:

- гемоглобин концентрацияси;
- эритроцитлар миқдори ва морфологияси;
- лейкоцитларнинг умумий сони ва лейкоформула;
- тромбоцитларнинг умумий сони;
- Гумпрехт-Боткин соялари (Эзилган В-лимфоцит);

Ташхислашни асослашда ва терапиянинг таъсирини баҳолаш қўлланилган текширув усуллари:

СЛЛ беморларни даволаш мобайнида клиник, лаборатор ва инстурментал текширувлар динамикада мониторинг қилинди.

2. Терапияни бошлашдан аввал албатта қуйидаги текширувлар ўтказилди:

- физикал текширувлар;
- клиник-биокимёвий қон таҳлили;
- Суяк кўмигининг текшируви
- инстурментал текширув- МРТ, КТ;

Даволаш мобайнида динамикада физикал текширувлар билан биргаликда навбатдаги асосий клиник-лаборатор текширувлар ҳам ўтказилди:

Умумий қон таҳлили (лейкоцитар формула билан), биокимёвий қон таҳлили, миелограмма беморларда даволашнинг дастлабки биринчи ойида ҳафтада, кўрсаткичлар меъёрида сақланганда ҳар ойда бир марта текширилди.

Инстурментал текширулар (УТТ, МРТ, КТ) хусусий диагностик марказларда ўтказилиб, даво курси давомида натижалар таҳлил қилиб борилди.

Текширилган беморлар стационарга касалликнинг ҳар қил босқичида муружат қилишган. Бу босқичларни аниқлаш учун J. Binet (1981) классификациясидан фойдаландик. Сурункали лимфолейкоз беморларнинг бу классификацияга асосан клиник белгилари қуйидагилар:

- А босқичи – гемоглобин 100г/л юқори, тромбоцит 100×10^9 /л баланд, 1-2 жойда лимфатугунлар катталашини топилади.

- В босқич - гемоглобин 100г/л юқори, тромбоцит 100×10^9 /л баланд, лекин лимфатугунлар 3 ва ундан ортиқ жойларда катталашган.

- С босқич - гемоглобин 100г/л дан кам, тромбоцит 100×10^9 /л дан кам. Лимфатугун ва органлар катталашини боғлиқ эмас.

J.L.Binet (1981) классификациясидаги босқичларга асосан СЛЛ диагнозини қўйиш мумкин.

С босқичидаги деярли ҳаммасида клиник белгилар белгилар учради. Бу беморлар клиникага В ва С босқичларида муружат қилишини аниқладик. Айниқса С даврдаги беморлар клиник белгилари яққол билинганлиги сабаблили кўпроқ муружат қилиб келиши кўриб чиқилди.

Шунингдек, СЛЛ асоратларидан бири аутоиммун жараённинг ковид-19 даврида кучайиши кузатилади. Воробьев А.И 2005 йил маълумотида асосланиб нормал В-лимфоцитлар камайиб кетиши, лекин Т-хужайралар талоқда ва қонда кўпайиб кетади. Т-супрессорларни кўпайиб кетиши қон яратишининг ўтмишдошларини пасайтириб ташлай-

ди. Дастлабки аъломатлардан тахминан 7-14 кун ўтгач, касалликнинг клиник кўринишлар яллиғланишга қарши ситокинларнинг аниқ тизимли ўсиши билан аниқланади. Уларни ҳатто “citoкин бўрони” деб аташ мумкин (4). СЛЛ беморларда анемиянинг аутоиммун характерга эга бўлиб, бунда билвосита Кумбс синамаси мусбат (+) бўлади, эритроцитларнинг яшаш даври қисқаради, бунда эса лаборатор критерик фракциясининг ошиши ва боғланмаган биллирубин, ретикулоцитоз бўлади. Иммуни криз вақтида лейкоцитоз фонида лимфоцитларни активацияси ва citoкинларни интенсиф продукцияси кузатилади. Cитокинларнинг (хужайра ўлими)ни иммуни генези патогенитек асосида тромбозитопения ривожланади ва турли геморрагик асоратлар ривожланишига олиб келган. Беморларда инфекция асоратнинг кўринишларидан бири герпетик инфекциялар Herpis Zoster ва ўраб олувчи темиртки кўп учрайди. Бу беморларга вирусларга қарши ва симптоматик (анальгетиклар) даво ўтказишни талаб қилди. Ритуксимаб ҳафтага бир мартадан вена ичига аста секин юборилади 375мг/м дозада бир кун, 4 ҳафта тавсия этилади (4 курс). Бу препарат СД20ли В-лимфоцитларда жойлашган барча хужайраларда жуда эффективли. Бендамустин вена ичига аста секин 90мг/м 1,2 кунлар юборилди. Хозирги кунда СЛЛ нинг давосида RB билан даволаш касаллик оқибатини яхшиланишига турки бўлмоқда. Энг яхши натижа эффективли давосида RB билан даволаш: Беморларнинг ПХТ(COP,СНОР, САР)+ПХТ(RB) даво усулини қабул қилган беморларнинг объектив ва субъектив шикоятларини таққослаш орқали даво усулининг эффективлиги, токсиклигини, самардорлигик даражасини аниқлаш мақсадида уларнинг шикояти, клиник ҳолати, периферик қон (гемограмма) таҳлили, суяк кўмигининг морфологик текшируви (миелограмма) ва инструментал текширувлар орқали (МРТ,КТ) солиштирилди.

Беморларнинг клиник симптомлари ва шикоятларини ҳар иккала даво дастури ПХТ(COP,СНОР, САР) ёки RB ни қабул қилишдан олдинги ва кейинги натижалар баҳоланди.

СЛЛ беморларни даволашда асосий даво усули - поликимётерапия қўлланилиши натижасида беморларда турли гематологик асоратлар (анемия, геморрагик синдромлар ва тромбозитопения) даво курси давомида турли даражада намоён бўлди ва касалликнинг кечишини оғирлаштирди. ПХТ (RB) олган беморларнинг даво курси давомида барчасида 19 (100%) анемия ҳар хил оғирлик даражада кузатилди, аммо умумий қон таҳлилда Hb-70 г/л дан кам бўлган ва клиник жиҳатдан қараганда гипоксик синдром билан намоён бўлган беморлар сони умумий беморларнинг 2/3 қисмини ташкил қилганлиги аниқланди.

Кузатишлар натижасида, қуйи даражали Hb кўрсаткичи ҳар доим ҳам темир танқислиги генезли бўлмасдан, интенсиф терапия таъсири натижасида лимфоид гиперплазияни бартараф қилиш мақсадида гемопоэзнинг барча тармоқларига босим ўтказилиши, яъни суяк кўмиги гипоплазияси сабаб-

ли келиб чиққанлиги аниқланди. Шу сабабли эритропоэзга токсик таъсирнинг чуқурлашиши туфайли ПХТ (RB) қўллаш вақтидаги ноҳуш прогностик белгиларнинг юзага келиши ва узоқ давом қилиши юқорида кўрсатилган жараён билан боғлиқдир.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, оғир даражали анемия кўпроқ ПХТ давосини қўллаш кучайди ва ўринбосувчи гемокомпонент терапия билан коррекция қилинди. Гемаглобин миқдори 50 г/л га тушганда эритроцитар масса (барча беморларга 56 (100%)) қўйилди. Эритроцитар массанинг ҳажмини ўртача 250,0 мл деб ҳисоблаганда, битта беморга 1 курс давомида 3±2,0 мартадан 0,75-1,0 л гача гемотрансфузия тўғри келди.

Даволаниш мобайнида яъни натижасида периферик қонда тромбозитларнинг камайиши, 50-70x10⁹ л тушиб кетиши кузатилди. Бу эса геморрагик синдромларнинг ривожланишига олиб келди. Даволаш мобайнида даво курси босқичида 8/19- (42%) беморда геморрагик синдром кузатилди.

Шунингдек, терида кўкаришлар петихиал тошмалар 6(31%), қон кетишлар-бурун қонаши 2(40%), милк қонаши 12(63%) каби энгил геморрагик синдромлар учради.

Геморрагик синдромни даволаш учун 250,0 мл дан 2±1,0 тагача тромбозоконцентрат трансфузияси гемостатик терапия ўрнида фойдаланилди ва шу билан биргаликда симптоматик даво сифатида тремин-5мл, аскарбин кислотаси 2%-2мл, этамзилат натрий (дицинон) 12,5% 2мл ва бошқа дори-дармонлар қўлланилди.

Узоқ муддатли поликимётерапия (ПХТ) ва ПХТ RB қўлланилиши натижасида баъзи беморда инфекция асоратлар: ярали стоматит, фебрил ҳарорат кўтариллиши, некротик ангина белгилар юзага келди.

Инфекцион асоратлар юзага келган беморларнинг барчасига антибактериал ва симптоматик терапия қўлланилди. Антибактериал терапия микроорганизм сезувчанлигини инобатга олган ҳолда (бак.пассив текшируви натижаларига асосан) олиб борилди:

Лейкацитоз беморлар аҳволини кескин ёмонлаштирганига қарамасдан курс натижасида маълум бўлдики, RB олган беморлар гуруҳида яшовчанлик кўрсаткичи ПХТ қабул қилган беморларга қараганда кўпроқ 63% (12/19)-75%(28/37) эканлиги аниқланди.

Шунингдек, СЛЛ давосида нервлар трофикаси ва функциясини яхшилайдиган ва мия шишини олдини олишга қаратилган симптоматик даво чоралари қўлланилди: тиоцетам (луцетам) 10.0 в/исекин 2 марта/кунига, маннитол 200.0 x 2 марта/кунига в/итомчилаб, зуфиллин 2,4%-10 мл в/и, тенатен 1 таб. Змаҳал кунига ичишга тавсия қилинди.

Тадқиқот натижалари.

1. Коронавирус пандемиясида сурункали лимфолейкоз билан касалланган беморларни клиник лаборатор , МСКТ текширувлар орқали баҳолан.

2. Биринчи бор коронавирус пандемиясида сурункали лимфолейкоз билан касалланган беморлар оқибати(яшовчанлиги), клиник кечиши ўрганилади.

Хулосалар

1. Олинган текширув натижалари сурункали лимфолейкоз билан касалланган беморларни ковид-19 даврида эрта аниқлаш ҳамда оқибатини билишга ёрдам беради. Бу беморларни инфекция ва иммун танқислик асоратларини олдини олишда ёрдам беради.

2. Сурункали лимфолейкоз беморларда касалликка хос клиник белгилар: ҳолсизлик, терлаш, бош оғриши, озиш, лимфатугунлар катталашини, гепатомегалия, спленомегалия каби клиник белгиларнинг камайганлигини кузатдик. Хулоса қилганда, ПХТ(RV) билан даволанган беморларда ПХТ(COP, CNOP, CAP) қабул қилган беморларга нисбатан касаллик оқибати ижобий эканлиги аниқланди.

Адабиётлар

10. Genome-wide association study of follicular lymphoma identifies a risk locus at 6p21.32 / L. Conde, E. Halperin, NK Akers [et al.] // Nat Genet. 2010 Aug; 42(8):661-4.

11. Фармонкулов Х.Қ. Лейкозлар ва лимфомалар. // Тошкент 2012 й, С-217-220.

12. Воробьев А.И., Руководство по гематологии в 2 т. Москва 2005 й, С-70-78

13. T. Li, H. Lu, and W. Zhang, 'Clinical observation and management of COVID-19 patients', Emerg. Microbes Infect., vol. 9, no. 1, pp. 687-690, Dec. 2020, doi: 10.1080/22221751.2020.1741327.

14. Зокирходжаев Ш.Я. Коронавирус инфекцияси профилактикаси ва даволашда организмнинг иммунобиологик хусусиятини оширувчи овқатланиш мажмуаси // Вестник Ташкентской медицинской академии. Ташкент. 2020. №4. С. 183-187.

15. Жевак Т.Н., Н.П. Чеснокова, Т.В. Шелехов Закономерности изменений цитокинового статуса при хроническом лимфолейкозе и их роль в патогенезе прогрессирующих форм заболевания // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8. № 2. С. 203-209.

16. Загоскина, Т.П. Алемтузумаб в терапии хронического лимфолейкоза

17. // Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. 2010. Т. 3. №4. С. 327-335

18. Загоскина Т.П., С.Б. Ткаченко, М.Е. Голубева и др. Сравнительная оценка эффективности флударабинсодержащих режимов и иммунохимиотерапии при хроническом лимфолейкозе // Терапевтический архив. 2010. Т. 82. №1. С. 35-39.

19. Зотина Е.Н., Т.П. Загоскина, О.В. Малых, И.В. Гришина. Нарушение естественных киллерных клеток при хроническом лимфолейкозе // Фундаментальные исследования. 2012. №4-1. С. 57-62.

20. Исаева Н.В., Г.А. Зайцева, Т.П. Загоскина. Интерпретация результатов иммунофенотипирования при диагностике лимфопролиферативного заболевания с учетом иммунофенотипического счета // Клиническая лабораторная диагностика. 2013. № 2. С. 30-33.

21. Калимуллина Д.Х., А.Б. Бакиров, Т.В. Викторова. Полиморфизм(-174G>C) гена IL6 и выживаемость при множественной миеломе // Российский биотерапевтический журнал. 2004. Т. 3. №3. С. 32-36.

22. Карпова Н.С., К.М. Абдулкадыров, Е.А. Селиванов, В.А. Балашова. Современные представления о роли теломер и теломеразы в патогенезе гематологических и онкологических заболеваний // Medline.ru. 2012. Т. 13. №1. С. 38-57.

СУРУНКАЛИ ЛИМФОЛЕЙКОЗ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА КОВИД-19 ЎЗИГА ХОС КЛИНИК КЕЧИШИ

Болтоева Ф.Г., Машарипова И.Ю., Нурметова Ю.Б.

Сурункали лимфолейкоз катталарда кенг тарқалган онкогематологик касаллик ҳисобланади. Бунда кичик лимфоцитларнинг клонал ҳавфли пролифератив гетероген касаллиги бўлиб, клонал хужайраларнинг суяк қўмигида ва ретикуляр тизимда тўпланиши билан кечади. Сурункали лимфолейкоз кўпгина ҳолатларда ноагрессив кечиши мумкин, аммо баъзида тез прогрессив кечиб ўлим ҳолатига олиб келади. Шунинг учун бу касалликнинг оқибатини аниқлашда ҳамда Ковид-19 даврида индивидуал ёндашиш талаб қилинади.

Kalit so'zlar: Сурункали лимфолейкоз, COVID -19, лимфоцит, лейкоцитоз

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА ОБЪЕКТАХ ОРГАНИЗОВАННОГО ПИТАНИЯ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ И БОРЬБЕ С КОРОНАВИРУСОМ В ВОЕННЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Воронина Н.В., Хаширбаева Д.М.

HARBIY TA'LIM MUASSASALARIDA KORONAVIRUS BILAN OLDINI OLISH VA ULAR BILAN KURASHISH UCHUN TASHKILLASHTIRILGAN OZIQ-OVQAT MAHSULOTLARIDA PROFILAKTIKA CHORALARINI OLIB BORISH XUSUSIYATLARI

Voronina N.V., Xashirbaeva D.M.

FEATURES OF CARRYING OUT PREVENTIVE MEASURES AT FACILITIES OF ORGANIZED FOOD FOR PREVENTING AND COMBATING WITH CORONAVIRUS IN MILITARY EDUCATIONAL INSTITUTIONS

Voronina N.V., Xashirbaeva D.M.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент

Aholining yuqori zichligi fonida tanqidiy epidemiologik xususiyatlarga ega bo'lgan yangi koronavirus infeksiyasining paydo bo'lishi, faol migratsiya jarayonlari virusning butun dunyoga tez tarqalishini oldindan belgilab qo'ydi. Sanitariya-gigiena va epidemiologik xavfsizlikni ta'minlash, organizmning infeksiyaga chidamliligini oshiradigan parhezlarini ishlab chiqish va amalga oshirishni o'z ichiga olgan tashkil etilgan ovqatlanish korxonasida profilaktika choralarini ishlab chiqish va amalga oshirish ijobiy natijalarni ko'rsatdi: yuqtirgan odam yo'qligi va tinglovchilarning tana massasi indeksining maqbul qiymatiga erishish

The emergence of a new coronavirus infection with critical epidemiological characteristics against the background of a high population density, active migration processes predetermined the rapid spread of the virus around the world.

The development and implementation of a set of preventive measures at the organized catering facility, including ensuring sanitary and hygienic and epidemiological safety, the development and implementation of diets that increase the body's resistance to infection, has demonstrated positive results: the absence of infected persons and the achievement of the optimal value of the body mass index of the trainees

Актуальность. Появление новой коронавирусной инфекции в Китае с критическими эпидемиологическими характеристиками на фоне высокой плотности населения, активных миграционных процессов, предопределили быстрое распространение вируса по всему миру [2,5,6]. Эпидемиологическими исследованиями было установлено, что основным источником инфекции является SARS-CoV-2 инфицированный человек. Механизм передачи вируса аспирационный с различными путями его передачи [2,4-6].

В настоящее время в мире и в республике приняты нормативные документы, а также разработаны диагностические, лечебные и профилактические меры для населения в целом [1,3], однако для организованных коллективов этот вопрос остается актуальным.

Целью настоящей работы явилось разработка и реализация комплекса мер профилактики на объекте организованного питания в условиях эпидемиологической ситуации, связанной с угрозой распространения коронавирусной инфекции COVID-19

Материалы и методы исследования. Объектом исследования выбрано высшее военное учебное учреждение. Численность питающихся более 1600 человек. Для достижения цели использовали апробированные санитарно-гигиенические методы, эпидемиологический и научный анализ.

Результаты и обсуждение. Особенностью выбранного объекта исследования является деятельность с строгим соблюдением режима дня, а также осуществление организации питания на условиях аутсорсинга.

Была разработана программа мероприятий, включающая обеспечение санитарно-гигиенической и эпидемиологической безопасности работы предприятия питания, организации приема пищи обучающимися, разработку и реализацию рационов, повышающих сопротивляемость организма к инфекции.

В целях предупреждения поражения коронавирусом среди работников аутсорсинга были применены следующие меры: обеспечено комфортабельное, с соблюдением правил социального дистанцирования, проживание и питание на территории учреждения с исключением выхода за ее пределы; обеспечено обучение санитарному минимуму и проведение медицинского осмотра с оформлением индивидуальных медицинских книжек с допуском на объект питания; организованы раздевалки с индивидуальными шкафами; работники обеспечены двумя комплектами спецодежды, фартуков и сменной обувью; обеспечен ежедневный медицинский осмотр; организована ежедневная выдача трех пар перчаток и масок на смену. На объекте питания весь транспорт, перевозящий продукты питания, при въезде на территорию учреждения проходит дезинфекцию, а сопровождающие груз проходят через дезкоридор.

Осуществление технологического процесса приготовления пищи проводится с соблюдением технологической поточности приготовления пищи,

исключающих встречные потоки сырья и готовой продукции, закрепленным разделочным инвентарем с маркировкой. Мытье посуды осуществляется посудомоечными машинами с дезинфицирующим эффектом. Проводится ежедневная дезинфекция места сбора мусора, места сбора и емкостей для пищевых отходов, а также их вывоз. Туалет очищают, промывают и дезинфицируют в течение рабочего дня каждые 2-3 часа, включая дезинфекцию раковин, вентилей водопроводных кранов, спусковых ручек, ручек дверей, с пополнением мыла, дезраствора для обработки рук и туалетной бумаги.

Действенность принятых мер подтверждается отсутствием случаев заболеваний коронавирусом среди работников аутсорсинга.

Одним из потенциально опасных объектов по распространению коронавирусной инфекции является помещение приема пищи. В столовой одновременно три раза в день в течении одного часа принимает пищу весь состав обучающихся, имеется тесный контакт питающихся во время входа и выхода из столовой, мытья рук. Для разрешения этой проблемы организовано разграничение зала на три зоны и, отдельный не перекрещивающийся, с соблюдением «дистанционной метки», вход и выход трех потоков с промежутком в 10 мин.

Известно, что правильно организованное сбалансированное питание способствует повышению неспецифической резистентности организма. Исследования показали, что калорийность питания составила $4380 \pm 54,2$ ккал при оптимальном соотношении между белками, жирами и углеводами. Переход организации питания на систему аутсорсинга позволил улучшить качество пищи, расширить ассортимент приготавливаемых блюд. Дополнительно на стол питающихся выдаются свежий чеснок, лук, а также отвар шиповника. Рацион усилен выдачей поливитаминного препарата «Ундевит», что позволит удовлетворить организм питающихся в витаминах.

Результаты обследования показывают, что в целом фактическое питание оказывает положительное влияние на формирование здоровья обучающихся. Численность лиц, имеющих оптимальные колебания ($20,1-24,6$ кг/м² роста) величины индекса Кетле, составляет $92,4 \pm 2,7$ % от общего количества обследованных.

Заключение

В условиях ограничительных мер в связи с пандемией COVID-19 разработан и реализуется комплекс мер профилактики на объекте организованного питания, включающий обеспечение санитарно-гигиенической и эпидемиологической безопасности, разработку и реализацию рационов, повышающих сопротивляемость организма к инфекции. Продемонстрирован положительный эффект принятых мер, выражающийся в отсутствии

зараженных лиц и достижении оптимальных величин индекса Кетле обучаемых.

Литература

1. Закон Республики Узбекистан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» №ЗРУ-393 от 26.08.2015 г.

2. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Чернобровкина Т.Я. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): клинико-эпидемиологические аспекты // Архивъ внутренней медицины. 2020; 10(2): 87-93.

3. Постановление Президента Республики Узбекистан “О дополнительных мерах по предупреждению широкого распространения коронавирусной инфекции в Республике Узбекистан” №ПП-4649 26.03.2020 г.

4. Chan J. F, Yuan S., Kok K. H. et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: A study of a family cluster // Lancet 395, 514–523 (2020).

5. Munster V. J., Koopmans M., N. van Doremalen, D. van Riel, E. de Wit A novel coronavirus emerging in China—Key questions for impact assessment // N. Engl. J. Med. 382, 692–694 (2020)

6. Ruiyun Li, Sen Pei, Bin Chen et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2) // Science.2020; 368(6490):489-493.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА ОБЪЕКТАХ ОРГАНИЗОВАННОГО ПИТАНИЯ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ И БОРЬБЕ С КОРОНОВИРУСОМ В ВОЕННЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Воронина Н.В., Хаширбаева Д.М.

Возникновение новой коронавирусной инфекции с критическими эпидемиологическими характеристиками на фоне высокой плотности населения, активных миграционных процессов предопределило быстрое распространение вируса по миру. Разработка и внедрение комплекса профилактических мероприятий на организованном объекте общественного питания, в том числе обеспечение санитарно-гигиенической и эпидемиологической безопасности, разработка и внедрение диет, повышающих сопротивляемость организма инфекциям, дала положительные результаты: отсутствие инфицированных и достижение оптимального значения индекса массы тела обучаемых.

УДК:616.02-245;89-145

SARS-COV-2 (COVID-19) КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШДА ИЖТИМОЙ КАНАЛЛАРИНИГ ЎРНИ

Ибадуллаева С.С., Юсупова О.Б., Акназарова Д.Б., Икрамова Н.А.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕГРАМ-БОТ КАНАЛА MEDKULTURA ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ SARS-COV-2 (COVID-19)

Ибадуллаева С.С., Юсупова О.Б., Акназарова Д.Б., Икрамова Н.А.

THE ROLE OF SOCIAL CHANNELS IN THE TRAINING OF MEDICAL STAFF ON SARS-COV-2 (COVID-19) DISEASE

Ibadullaeva S.S., Yusupova O.B., Aknazarova D.B., Ikramova N.A.

Тошкент тиббиёт академиясининг Урганч филиали

Возможности мобильного здравоохранения еще не полностью изучены, включая услуги по предоставлению пациентам необходимой информации, удаленное наблюдение в реальном времени за пациентами с хроническими заболеваниями (гипертония, диабет, астма и т. д.). При этом авторы впервые представили результаты телеграм-бот-канала по повышению квалификации медицинского и другого персонала в самостоятельной форме обучения по SARS-CoV-2 (COVID-19) и приведена с одновременной оценки знаний самообучения с результатами.

Ключевые слова: медицинское образование, физическая активность, клинические симптомы, коронавирусная инфекция.

The possibilities of m-health are not yet fully explored, including services to provide patients with the necessary information, remote monitoring in real time of patients with chronic diseases (hypertension, diabetes, asthma, etc.). At the same time, the authors presented for the first time the results of the social telegram channel on advanced training of medical and other personnel in an independent form of training on SARS-CoV-2 (COVID-19) and with a simultaneous assessment of self-learning knowledge.

Key words: medical education, medical culture, physical activity, clinic signs, coronavirus infection.

Кадрларни узлуксиз малакасини ошириш, касалликларнинг олдини олиш борасида мобил ва симсиз технологиялардан фойдаланиш - соғлиқни сақлаш тизими ёндашувларини дунё миқёсида ўзгартириши мумкин. Ушбу ўзгариш мобил технологияларнинг жадал ривожланиши, мавжуд электрон соғлиқни сақлаш хизматларига мобил технология-

ларни жорий этиш учун янги имкониятларнинг пайдо бўлиши, шунингдек мобил ва уяли тармоқларнинг қамрови доимий ўсиши каби омилларнинг муҳим комбинацияси билан изоҳланади [4,5].

Дунё бўйлаб барча давлатлар соғлиқни сақлаш тизимлари мунтазам равишда кадрлар миграцияси ва бунинг натижасида уларнинг етишмовчилиги

хамда тиббий хизмат сифатига таъсир кўрсатадиган чекланган бюджетларга дош бериш каби оғир босим остида фаолият олиб бормоқда [2,3].

Дунёда симсиз абонентлар сони Халқаро электралоқа иттифоқининг (ХЭИ) маълумотларига кўра 5 миллиарддан ошади. Уларнинг 70 фоиздан ортиғи кам ва ўрта даромадли мамлакатларда истиқомат қиладиган аҳолига тўғри келади. Ўзбекистонда уяли алоқа хизматларидан фойдаланувчилар сони 19,6 миллион кишини ташкил этади. Бу шуни аниқлатадики, Ўзбекистонда уяли алоқа билан қамров даражаси 64% ни ташкил қиладди. Уяли алоқа операторлари орасида Beeline абонентлар сони бўйича етакчи ўринни эгаллайди, ундан кейин Ucell, Perfectum Mobile, Uzmobil ва UMS туради.

Мобил соғлиқни сақлаш қисқа СМС хизматларидан, телеграм-бот каналларидан, чатлардан ва бошқалардан фойдаланишни ўз ичига олади. Мобил саломатликни стратегик ва тизимли равишда амалиётга жорий қилиш соғлиқни сақлаш тизимида инқилобий ўзгаришларга сабаб бўлиши мумкин.

Бугунги кунда дунёда мобил тиббий хизматларнинг 14 тоифаси маълум ва кенг тарқалган, улардан бири телеграм-бот каналларидан фойдаланган ҳолда тиббиёт ходимлари ва аҳолининг малакасини ошириш. Алоқа юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларнинг олдини олиш, тиббий маданиятни ошириш, тўғри овқатланиш, жисмоний фаоллик, эмлаш календар кунлари ва ҳомиладорлик бўйича маслаҳатлар ҳақида маълумот юбориш орқали амалга оширилиши мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади. Коронавирус инфекциясини (COVID-19) профилактикаси ва эрта аниқлашда тиббиёт ва бошқа аҳоли гуруҳини малакасини ошириш учун телеграм-бот каналининг самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тиббиёт ходимларининг билимларини ва аҳолининг тиббий

маданиятини доимий равишда ошириш учун биринчи марта medkultura телеграм-бот каналини яратдик.

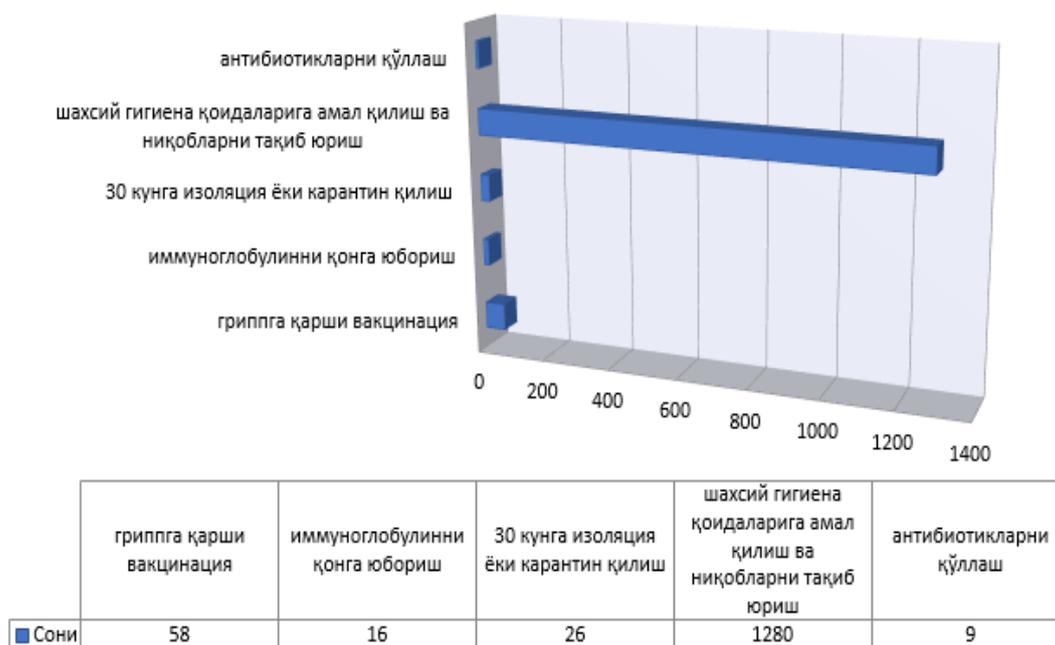
Тренинг мустақил таълим усули сифатида фойдаланган ҳолда “COVID-19 билан касалланган беморларни бошқариш бўйича вақтинчалик кўрсатмалар (олтинчи версия)” асосида олиб борилди [1].

Телеграм бот каналига 17 та тест саволлари, ҳар бир саволга 5 та жавоб вариантлари тақдим этилди.

Тадқиқотда иштирок этганлар: 1389 соғлиқни сақлаш ходимлари, шу жумладан шифокорлар 210 нафар, ўрта тиббий ходимлар - 612 нафар, кичик тиббиёт ходимлари - 248, бошқа ходимлари - 319 нафарни ташкил қилди. Жавоблар натижалари бот каналининг телеграмм дастурида сақланди.

Телеграмм бот каналини мобил алоқа воситаларининг бошқа дастурларидан қуйидаги устун томонлари мавжуд, яъни ҳар бир мижозга шахсий эътибор, матн интерфейси кам трафикни истеъмол қиладди, арзон нарх, мослашувчанлик ва жавоб тезлиги, рақобатчилардан ҳимоя, ўрнатиш ва авторизацияни талаб қилмайди. Биз томондан ишлаб чиқилган телеграм-бот канали - COVID 19 касаллиги бўйича тиббиёт ва бошқа ходимларнинг билимларини синаш, аҳолини юрак қон-томир тизимини хавф гуруҳларини баҳолаш, соғлом турмуш тарзи маълумотларни тарқатишга мўлжалланган.

Натижалар ва уни муҳокама қилиш. SARS-CoV-2 касаллигини тарқалишини олдини олиш тиббиёт ходимлари олдида турган муҳим вазифа ҳисобланади. Барча тиббиёт ва бошқа ходимлари касалликни тарқалиш йўллари билишлари лозим. Шунинг учун, мустақил таълим шакли бўйича биринчи савол “SARS-CoV-2 чақирган коронавирус инфекциясини олдини олишнинг асосий йўллари кўрсатинг”, деб номланган. Респондентлар томонидан қуйидаги жавоблар олинди.



1-расм. SARS-CoV-2 чақирган коронавирус инфекциясини олдини олишнинг асосий йўллари кўрсатинг

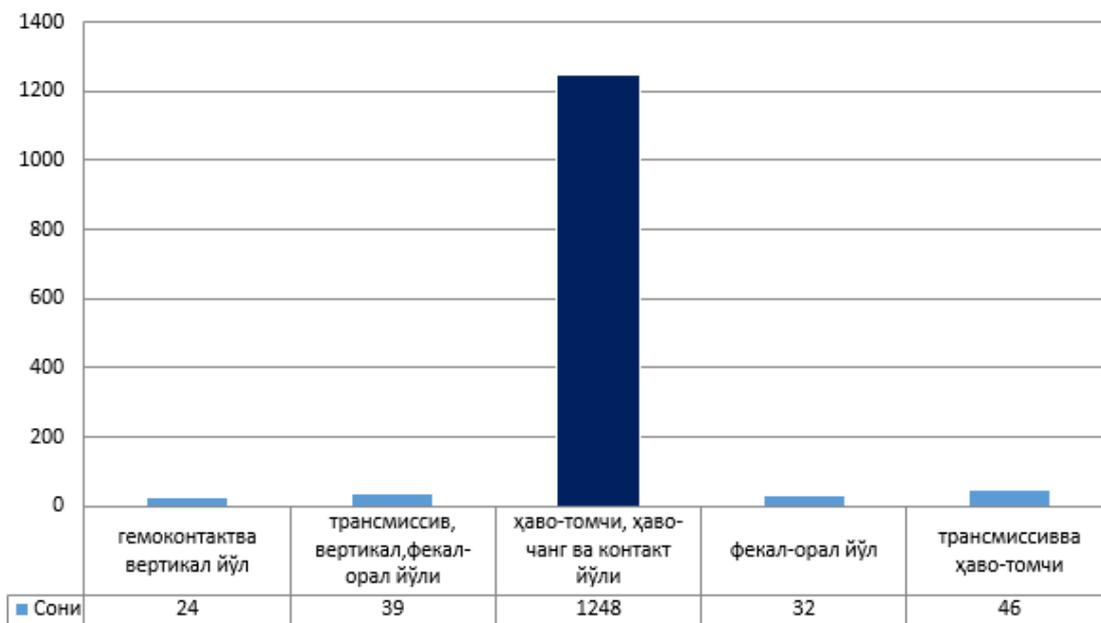
Бугунги кунда пандемия шароитида, касалликни эрта аниқлаш ҳамда уни тарқалиш йўлини билиш муҳим аҳамият касб этиб, у касалликни занжирини узишга имкон беради. Эпидемиологик вазиятни аниқлашда касалликни юқиш йўллари билан касалликни олдини олиш ва тегишли чора-тадбирларни амалга оширишни талаб қилади. Респондентлардан Коронавирус инфекциясини юқиш йўллари кўрсатинг, деган саволга қуйидаги жавоблар олинди (2-расм).

Кейинги савол бемор билан соғлом кишиларни мулоқотини чеклаб беморлар сонини ошишини олдини олиш мақсадида респондентларга қуйидагича савол берилди. Яъни Коронавирус инфекциясининг асосий клиник белгиларини кўрсатинг, деган савол билан муножаат қилинди (3-расм).

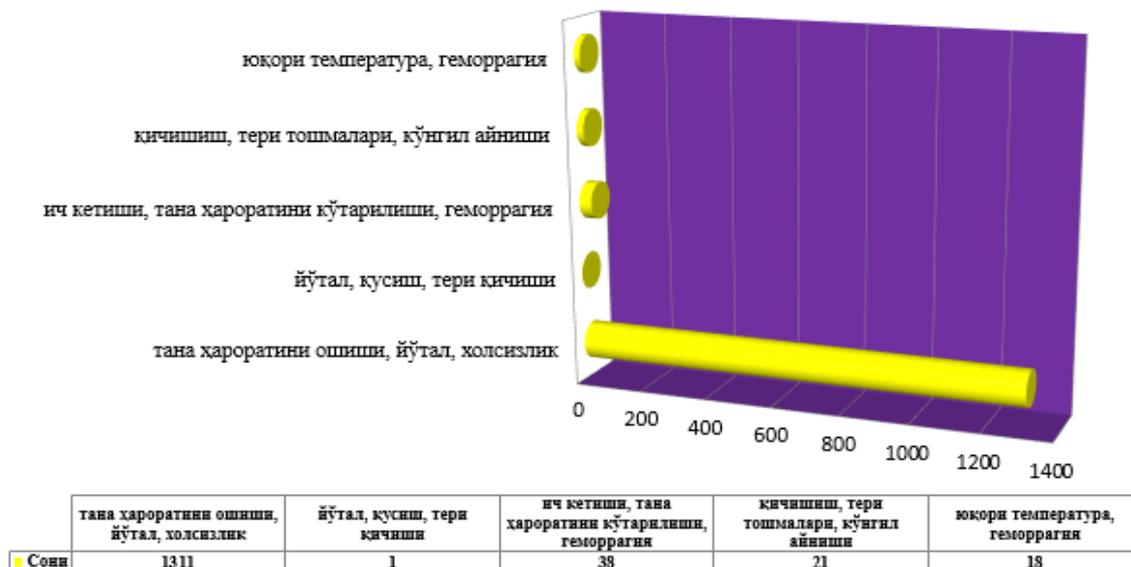
Касаллик юққан даврдан бошлаб унинг асосий клиник белгиларини пайдо бўлиши билан боғлиқ

яни касалликни яширин даври ҳақидаги савол. Яъни, SARS-CoV-2 чақирган коронавирус инфекциясининг инкубацион даври (касал юқиб, биринчи белгилари пайдо бўлган ҳолатгача вақт) қанчани ташкил қилади? саволга респондентлар томонидан қуйидаги жавоб олинди (4-расм).

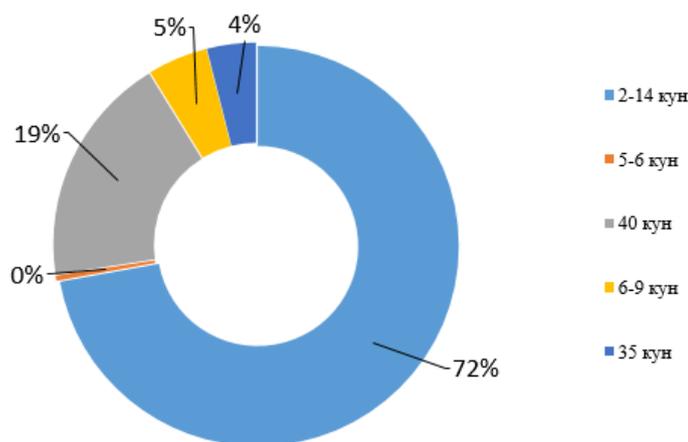
Касаллик аниқланган даврдан бошлаб уни эрта даволашни бошлаш шифокорларнинг асосий вазифаси бўлиб, у касалликнинг асоратларини келиб чиқишини олдини олади. Беморларнинг аксарияти амбулатор-поликлиника муассасаларига муножаат қилишади. Шу сабабли респондентларга кейинги қуйилган савол қуйидагича эди, яъни SARS-CoV-2 чақирган коронавирус инфекциясининг энгил шаклда кечириётган беморларга тавсия этиладиган симптоматик даво усулларини кўрсатинг (5-расм).



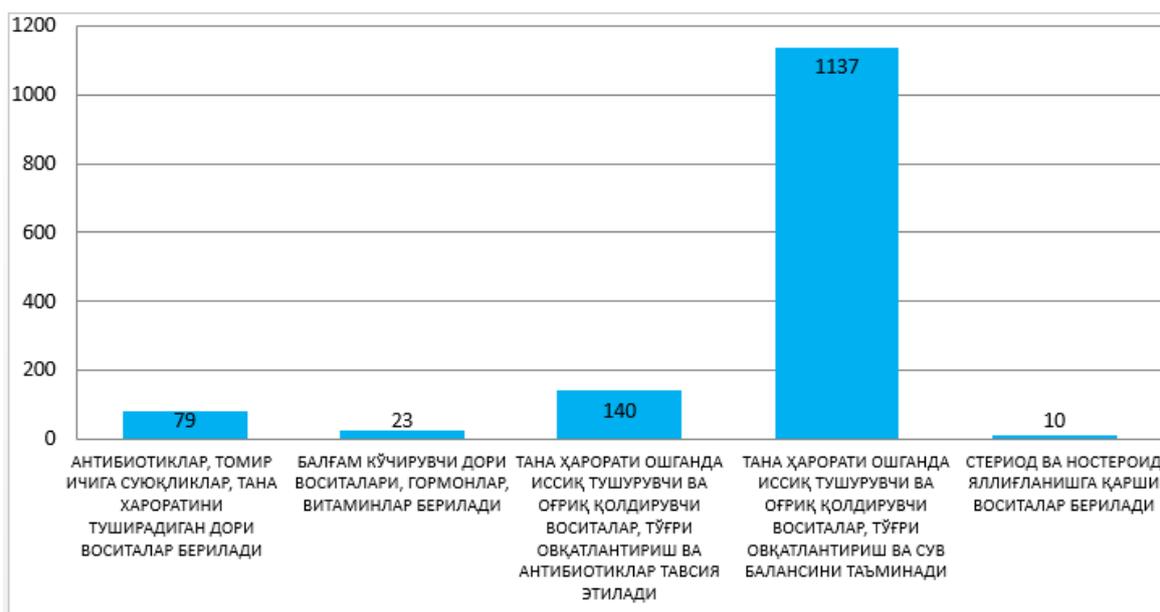
2-расм. Коронавирус инфекциясини юқиш йўллари кўрсатинг



3-расм. Коронавирус инфекциясининг асосий клиник белгиларини кўрсатинг



4-расм. SARS-CoV-2 чақирган коронавирус инфекциясининг инкубацион даври(касал юқиб, биринчи белгилари пайдо бўлган ҳолатгача вақт) қанчани ташкил қилади?



5-расм. SARS-CoV-2 чақирган коронавирус инфекциясининг энгил шаклда кечираётган беморларга тавсия этиладиган симптоматик даво усуларини кўрсатинг

Хулоса. Мобил соғлиқни сақлаш хизмати имкониятлари ҳали охиригача ўрганилмаган бўлиб, беморларга керакли маълумотларни тақдим этиш, сурункали касаллиги мавжуд бўлган беморларни (гипертоник касаллиги, қандли диабет, астма ва б.қ.) реал вақтда масофа орқали кузатиш ўз ичига олган хизматлардан иборат. Шу билан бирга телеграм-бот мобил соғлиқни сақлаш тизимини бир йўналиши бўлиб, мобил соғлиқни сақлаш хизматларидан бир қанча устун томонлари мавжуд. Телеграм бот канали орқали мамлакатимиз ҳудудидаги тиббиёт ходимлари ўртасида бу турдаги тарғибот ишлари ҳалигача давом этмоқда. Мақолада қисқа вақт ичида кўплаб тиббиёт ходимларини COVID 19 касаллиги бўйича ўқитиш ва олинган билимларини ўзлаштириш даражасини, даволашга оид натижалар келтирилган.

Адабиётлар

1. *Временные рекомендации по ведению пациентов, инфицированных COVID-19 (шестая версия)* https://www.minzdrav.uz/openData/csv/covid19-6-04_08ru.pdf.
2. Турэ Х. *Мобильный мир, мобильные меры - мобильное здравоохранение: возможность для борьбы с неинфекцион-*

ными заболеваниями, выступление Генерального директора Международного союза электросвязи X.Туре 2 июля 2013 г. в рамках сессии ЭКОСОС.

3. *Pew Internet & American Life Project. Internet, broadband, and cell phone statistics; 2010.* <http://www.pewinternet.org/Reports/2010/Internetbroadband-and-cell-phone-statistics.aspx?r=1>

4. *IDC. IDC Worldwide quarterly mobile phone tracker; 2010.* http://www.idc.com/getdoc.jsp?containerId=IDC_P8397

5. *Фогг Б. Будущие убеждения в мобильной сфере. Под ред. Б. Фогг, Д. Эккл. Мобильные убеждения: 20 взглядов на будущее изменение поведения. Стендфорд 2007.*

SARS-COV-2 (COVID-19) КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШДА ИЖТИМОЙ КАНАЛЛАРНИНГ ЎРНИ

Ибадуллаева С.С., Юсупова О.Б., Акназарова Д.Б., Икрамова Н.А.

Мобил соғлиқни сақлаш хизмати имкониятлари ҳали охиригача ўрганилмаган бўлиб, беморларга керакли маълумотларни тақдим этиш, сурункали ка-

саллиги мавжуд бўлган беморларни (гипертоник касаллиги, қандли диабет, астма ва б.қ.) реал вақтда масофа орқали кузатиш ўз ичига олган хизматлардан иборат. Шу билан бирга, муаллифлар томонидан биринчи бор ижтимоий телеграм канали орқали тиббиёт ва бошқа ходимларни SARS-CoV-2 (COVID-19)

касаллиги бўйича мустақил таълим шакли бўйича малакасини ошириш ҳамда бир вақтни ўзида ўзлаштириш жараёнларини баҳолаш бўйича олинган натижалар келтирилган.

Калит сўзлар: тиббий таълим, жисмоний фаоллик, клиник белгилар, коронавирус инфекцияси

УДК 331.4:616-036

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ ТРУДА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Искандарова Г.Т., Самигова Н.Р.

COVID-19 ПАНДЕМИЯ ШАРОИТИДАГИ МЕҲНАТ ГИГИЕНАСИ МАСАЛАЛАРИ

Искандарова Г.Т., Самигова Н.Р.

OCCUPATIONAL HEALTH IN PANDEMIC CONDITIONS COVID-19

Iskandarova G.T., Samigova N.R. Ташкентская медицинская академия

Ташкентская медицинская академия

Коронавирус инфекциясининг (COVID-19) замонавий шароитида меҳнатни муҳофаза қилиш муаммоларини ўрганиш айниқса долзарбдир, чунки тарқалиш хавфи билан боғлиқ бўлган эпидемиологик вазиятда меҳнат фаолиятини оптимал ташкил этишни таъминлаш, ишчиларнинг соғлиғини сақлаш, меҳнат ва атроф-муҳитни муҳофаза қилиш масалаларни қамраб олади.

Калит сўзлар: меҳнат гигиенаси, COVID-19, меҳнат жараёни, ишчилар, коронавирус инфекцияси, меҳнат шароитлари, зарарли омиллар, иш жойидаги хавфсизлик.

The study of occupational health issues in the current conditions of exposure to coronavirus infection (COVID-19) is especially relevant, as it affects ensuring the optimal organization of work, preserving the health of workers, protecting work and the environment in the epidemiological situation associated with the threat of proliferation.

Key words: occupational health, COVID-19, labor process, workers, coronavirus infection, working conditions, harmful factors, safety in the workplace.

В условиях пандемии (COVID-19) в Республике Узбекистан для осуществления трудовой деятельности создаются все необходимые условия, в основе которых лежат меры по созданию безопасных условий труда, направленных на сохранение здоровья работников и повышение работоспособности. Основой этому служат ряд законодательно-нормативных документов: Закон Республики Узбекистан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан», Закон Республики Узбекистан «Об охране труда», Трудовой кодекс Республики Узбекистан, основными направлениями которых являются охрана труда и здоровья работающих, разработка и реализация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование факторов и др. [1-3, 6].

Согласно Указу Президента Республики Узбекистан «О первоочередных мерах по смягчению негативного воздействия на отрасли экономики коронавирусной пандемии и глобальных кризисных явлений» и Постановлению Президента Республики Узбекистан «О дополнительных мерах по предупреждению широкого распространения коронавирусной инфекции в Республике Узбекистан» внедряемые эффективные противоэпидемические меры позволяют минимизировать последствия пандемии коронавирусной инфекции в республике [4, 5].

Для осуществления трудовой деятельности населения не мало важное значение имеет создание

безопасных условий труда в современных условиях воздействия COVID-19 с целью обеспечения оптимальной организации трудовой деятельности и сохранения здоровья работающих, а также проведения профилактических мер по охране труда и окружающей среды в условиях эпидемиологической ситуации, связанной с угрозой распространения. Так, разработанные Санитарные правила и нормы Республики Узбекистан (СанПиН) СанПиН РУз № 0372-20 «Временные санитарные правила и нормы по организации деятельности государственных органов и иных организаций, а также субъектов предпринимательства в условиях пандемии COVID-19» содержат в себе все необходимые меры, направленные на предотвращение заноса и недопущение распространения коронавирусной инфекции в коллективах с внедрением организационно-технических мероприятий по предотвращению заражения работников [10].

Особая роль при этом отводится работодателям, которые должны выполнять все гигиенические требования, предъявляемые в отдельности к размещению объектов (производств, цехов, участков), содержанию территорий и производственных помещений, технологическим процессам, системам отопления, вентиляции и освещения для недопущения негативного влияния на окружающую среду, здоровье населения, обеспечения безопасности выпускаемой продукции и оказываемых услуг. Эти вопросы поднимаются в ряде методических пособиях, руководствах, разра-

ботанных алгоритмах со стороны Международной организации труда, Всемирной организацией здравоохранения [8]. Так, работа по профилактике распространения коронавирусной инфекции (COVID-19) должна быть реализована работодателями по следующим направлениям: предотвращение заноса инфекции в организацию; принятие мер по недопущению распространения коронавирусной инфекции в коллективах в организациях; осуществление организационно-технических мероприятий по предотвращению заражения работников и другие организационные мероприятия по предотвращению заражения работников [7, 9].

Для обеспечения благоприятных условий труда на администрацию государственных органов и иных организаций, а также субъектов предпринимательства возлагаются задачи по внедрению современных средств техники безопасности, модернизированных технологических процессов с целью профилактики производственного травматизма и обеспечения санитарно-гигиенических условий работников. Работодатели должны обеспечить всех работающих достаточным количеством средств для оказания первой помощи и средств индивидуальной защиты и средств индивидуальной защиты, используемых в период пандемии COVID-19 - специальная одежда, специальная обувь, смывающие и обезвреживающие средства, технические средства. Не зависимо от выполняемых функциональных обязанностей особое внимание должно быть уделено социальной дистанции, т.е. соблюдению расстояния не менее 2 метров между работниками. Необходимо обеспечить на рабочих местах хорошие показатели кратности воздухообмена (вентиляции) согласно требованиям действующих строительных норм и правил (КМК) КМК 2.04.05-97 «Отопление, вентиляция и кондиционирование воздуха». Не маловажное значение для сохранения здоровья работающего населения имеет нормирование факторов производственной среды с учетом действующих санитарных правил и норм.

Меры по поддержанию чистоты производственных помещений включают в себя соблюдение режима частой уборки, дезинфекции поверхностей, производственного оборудования, инструментов и др. (спиртом, перекисью водорода и хлорсодержащими средствами в достаточно высоких концентрациях не менее 62-71% этанола, 0,5% перекиси водорода или 0,1% гипохлорита натрия). Использованные салфетки, одноразовые средства индивидуальной защиты необходимо безопасно утилизировать согласно утвержденным протоколам. Особое место отводится при этом и средствам коллективной защиты - это технические и иные средства, конструктивно или функционально связанные с производственным помещением и производственным процессом, предназначенные для предотвращения

или уменьшения воздействия на работников вредного производственного фактора и (или) опасного производственного фактора, а также для защиты от загрязнений.

Таким образом, для сохранения здоровья работающих большое значение имеет разработка и внедрение всего комплекса научно-обоснованных профилактических мероприятий по охране труда и окружающей среды в условиях эпидемиологической ситуации, связанной с угрозой распространения коронавирусной инфекции COVID-19.

Литература

1. Закон Республики Узбекистан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» №ЗРУ-393 от 26.08.2015 г.
2. Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» №265-1 от 29.08.1996 г.
3. Закон Республики Узбекистан «Об охране труда» №410 от 22.09.2016 г.
4. Постановление Президента Республики Узбекистан «О дополнительных мерах по предупреждению широкого распространения коронавирусной инфекции в Республике Узбекистан» № ПП-4649 26.03.2020 г.
5. Указ Президента Республики Узбекистан «О первоочередных мерах по смягчению негативного воздействия на отрасли экономики коронавирусной пандемии и глобальных кризисных явлений» №УП-5969 от 19.03.2020 г.
6. Трудовой кодекс Республики Узбекистан №161-1 от 21.12.1995 г.
7. Искандарова Гузал Т., Искандарова Гулноза Т. Инфекционный контроль в медицинских учреждениях при COVID-19 // Журнал «Бюллетень ассоциации врачей Узбекистанан». - 2020. - №2 (99). - С. 98-102.
8. Миав Тянь Тянь. Международная организация труда. Организация труда в условиях пандемии COVID-19: руководство для работодателей. - Женева, 2020. - 35 с.
9. Самигова Н.Р., Бойкобилов Л. Законодательно-нормативная база для осуществления трудовой деятельности производственных объектов в условиях пандемии COVID-19 // Актуальные вопросы медицинского образования, современные и инновационные методы преподавания: Сборник научных трудов Международной онлайн конференции. - Т., 2020. - С. 122-124.
10. СанПиН № 0372-20 «Временные санитарные правила и нормы по организации деятельности государственных органов и иных организаций, а также субъектов предпринимательства в условиях пандемии COVID-19» от 11.05.2020 г.

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ ТРУДА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Искандарова Г.Т., Самигова Н.Р.

Изучение вопросов гигиены труда в современных условиях воздействия коронавирусной инфекции (COVID-19) особенно актуально, так как затрагивает обеспечение оптимальной организации трудовой деятельности, сохранение здоровья работающих, охрану труда и окружающей среды в условиях эпидемиологической ситуации, связанной с угрозой распространения.

Ключевые слова: гигиена труда, COVID-19, трудовой процесс, работающие, коронавирусная инфекция, условия труда, вредные факторы, безопасность на рабочем месте.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ И НОМЕНКЛАТУРА ПОКАЗАТЕЛЕЙ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧВЫ

Искандарова Ш.Т., Хасанова М.И.

ТУПРОҚНИ АСОСИЙ ИФЛОСЛАНТИРУВЧИ МАНБАЛАРИ ВА САНИТАРИЯ ҲОЛАТИНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИ НОМЕНКЛАТУРАСИ

Искандарова Ш.Т., Хасанова М.И.

MAIN SOURCES OF POLLUTION AND NOMENCLATURE OF INDICATORS OF SOIL SANITARY STATE

Iskandarova Sh.T., Khasanova M.I.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Шаҳарларни фаол ўсиши, саноат ва қишлоқ хўжалигининг турли соҳаларини ривожланиши билан боғлиқ ўзгаришлар тупроқни ифлосланиш манбаи, тупроқни ифлосланиши эса ерт ости ва ер усти сувларни, қишлоқ хўжалиги атмосфера ҳавосини иккиламчи ифлосланиш манбаи ҳисобланади. Бу эса тупроқни ифлослантирувчиларни инсон организмига таъсир имконини белгилайди. Мазкур иш аҳоли саломатлигини муҳофазалаш нўқтаи назардан Ўзбекистон учун долзарб ва муҳим бўлган тупроқ гигиенаси ва аҳоли яшаш пунктларини тозалаш ҳолатига бағишланган.

Калитли сўзлар: *тупроқ гигиенаси, тупроқни ифлослантирувчи манбалари, инсон организми, аҳоли саломатлигини муҳофазалаш, аҳоли яшаш жойлари ҳудудларини тозалаш.*

The transformations associated with the active growth of cities, the development of various industries and agriculture are a source of soil pollution and contaminated soil is a source of secondary pollution of ground and surface waters, agricultural atmospheric air. This determines the possibility of exposure to soil pollutants on the human body. The work is devoted to actual problems for Uzbekistan from the standpoint of maintaining the health of the population, these are the issues of soil hygiene and the state of cleaning the territories of populated areas.

Key words: *soil hygiene, sources of soil pollution, soil pollutants, human body, preservation of public health, cleaning of populated areas.*

Известно, что на степень загрязнения объектов окружающей среды оказывают влияние различные факторы, которые можно подразделить на 2 основные группы: природные и антропогенные.

В разных административных районах республики перечень основных источников загрязнения почвы могут значительно различаться. Они определяются комплексом народнохозяйственных и санитарных условий, в первую очередь, развитием промышленности и сельского хозяйства, а также организацией систем очистки бытовых и промышленных отходов, воздействием других антропогенных факторов, непосредственно связанных с жизнедеятельностью людей и общества в целом.

В административных районах республики преобладают разные типы (виды) землепользования, среди которых главными являются населенные пункты, зоны отдыха населения и санитарной охраны санитарно-значимых объектов, зоны санитарных разрывов промышленных предприятий, транспортные земли, сельскохозяйственные угодья, лесные массивы, в зависимости от которых определяются показатели и содержание санитарного надзора за этими территориями.

Методы исследования. Проанализированы литературные источники, изучены основные источники загрязнения почвы в разных административных районах республики и влияние их на состояние здоровья населения.

Результаты исследований. Одними из главных с санитарно-гигиенических позиций источниками загрязнения почвы являются промышленные предприятия, которые загрязняют её разнообразными химическими соединениями или непосредственно в местах их сбора и хранения (хвостохранилища и шламонакопители), или опосредованно выбросами в атмосферу и сбросом сточных вод в водоёмы. В этих случаях такое *техногенное загрязнение почвы* может наблюдаться на достаточно большом расстоянии от самого промышленного предприятия. Ярким примером такого загрязнения почвы является загрязнение почвы фтористыми соединениями в ряде районов Сурхандарьинской области Узбекистана за счет выбросов Таджикского алюминиевого завода (ТАЗ), последствия которого наблюдаются до настоящего времени.

Следует указать, что У.Х.Адылов (1994) одним из первых охарактеризовал неблагоприятную обстановку в Сарыассийском районе этой области. Подтвердил интенсивное загрязнение ее территории фтористыми соединениями объектов окружающей среды и установил, что их содержание в почве, овощах и фруктах превышено в десятки раз, а суммарное поступление фтора в организм детей района в 4-5 раз превышало допустимые уровни (таблица 1). [1-3].

**Показатели уровней загрязнения и заболеваемости населения
районов Сурхандарьинской области (данные У.Х.Адылова 1991-1992 г.г.)**

№	Наименование показателей	Сарыяссия	Джаркуррган	Байсун
1.	Суточное суммарное поступление фтора, мг	11,6	2,6	2,7
2.	Расход пестицидов, кг/га	12,1	13,3	2,8
3.	Расход азотных удобрений, кг/га	282,6	293,7	92,6
4.	Заболеваемость по обращаемости в ЛПУ (на 1000 чел.)			
	- взрослое население	2609,6	1834,6	1457,5
	- детское население	2562,8	1789,4	1069,6
5.	Заболеваемость по данным мед.осмотров (на 1000)			
	- взрослое население	3623,3	2392,1	1519,0
	- детское население	3527,7	2469,0	1427,8
6.	Заболеваемость по данным органов здравоохранения (на 1000)			
	- заболевания рожениц (анемии)	447,8	215,6	195,7
	- заболевания новорожденных	306,0	255,0	133,8

Автор считает, что наибольшую роль в повышении уровней общей заболеваемости сельского населения, ухудшении показателей функционального состояния организма и отставании физического развития детей Сарыяссийского района имело именно загрязнение окружающей среды фторсодержащими выбросами ТАЗ. При этом анализ показателей заболеваемости жителей района указывает на влияние выбросов на все органы и системы организма, преимущественно беременных женщин и детей дошкольного возраста. Флюороз зубов был обнаружен у 16,9% детей Сарыяссийского района, в контрольных Джаркуррганском и Байсунском районах области – отсутствовал.

Техногенное загрязнение почвы химическими вредными веществами наблюдаются и в других районах республики. Хорошо известны исследования в этом направлении гигиенистов Узбекистана. Н.С.Таджибаевой (1973) на Самаркандском и Кокандском суперфосфатных заводах, Л.Н.Носковой и Н.Е.Боровской (1983) – на медном и цинковом производствах Ангренского горно-металлургического комбината, Э.РАлиева (1988) – на Ферганском химическом заводе фурановых соединений, Т.Ю.Дорошко (1991) – на Узбекском комбинате тугоплавких и жаростойких металлов. [4-7].

Загрязнение почвы твердыми бытовыми и токсичными промышленными отходами может наблюдаться при неправильной эксплуатации систем санитарной очистки территорий населенных мест в местах их сбора и хранения, транспортировки, обезвреживания и захоронения, в том числе на специальных полигонах и усовершенствованных свалках.

В целях предупреждения такого загрязнения почвы разработаны и утверждены следующие санитарно-нормативные документы:

- СанПиН РУз № 0128-02 «Гигиенический классификатор токсичных промышленных отходов в условиях Узбекистана»;

- СанПиН РУз № 0149-04 «Санитарные правила и нормы сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»;

- СанПиН РУз № 0157-04 «Санитарные требования к хранению и обеззараживанию ТБО на специальных полигонах в условиях Узбекистана»;

- СанПиН РУз № 0158-04 «Санитарные правила и нормы сбора, транспортировки и хранения асбесто-содержащих отходов в условиях Узбекистана»;

- СанПиН РУз № 0297-11 «Санитарные правила и нормы очистки территорий населенных мест от твердых бытовых отходов в условиях Республики Узбекистан»;

- СанПиН РУз № 0300-11 «Санитарные правила и нормы организации сбора, инвентаризации, классификации, обезвреживания, хранения и утилизации промышленных отходов в условиях Узбекистана».

Загрязнение почвы и воды водоёмов сточными водами городских канализаций (часто с примесью промышленных стоков) также потребовало от гигиенистов Узбекистана разработки ряда санитарно-нормативных и методических документов, среди которых:

- СанПиН РУз № 0129-02 «Санитарные требования к системам канализации в особых природных и климатических условиях Республики Узбекистан»;

- СанПиН РУз № 0202-06 «Порядок выдачи разрешений на специальное водопользование, разработки и согласования проектов предельно допустимых сбросов (ПДС) веществ, поступающих со сточными водами в водные объекты и на рельеф местности»;

- СанПиН РУз № 0216-06 «Санитарные правила использования очищенных городских сточных вод в промышленном водоснабжении»;

- Методические указания «Санитарно-гигиенические основы организации охраны от загрязнения поверхностных водоисточников в условиях Узбекистана» (№ 012-3/0113).

Требованиям к методу очистки и обезвреживания сточных вод городских канализаций с помощью *земледельческих полей орошения* (ЗПО) посвящены 2 санитарно-нормативных документа:

- СанПиН РУз № 0180-05 «Гигиенические требования к использованию сточных вод и их осадков на сельскохозяйственных полях орошения в природно-климатических условиях Узбекистана»;

- СанПиН РУз № 0182-05 «Гигиенические требования к качеству сточных вод и их осадков, используемых для орошения и удобрения в природно-климатических условиях Узбекистана».

Оценивая содержание вышеуказанных санитарно-нормативных документов с позиций возможности их использования при усовершенствовании методологии эколого-гигиенического ранжирования административных районов республики по степени опасности загрязнения почвы для здоровья населения, перспективными являются следующие приведенные в этих документах показатели качества сточных вод, пригодных для использования на ЗПО:

- число лактозоположительных палочек – меньше 10000 в 1 дм³, патогенные микроорганизмы – отсутствие,

- жизнеспособные яйца гельминтов – менее 1 в 1 дм³,

- жизнеспособные цисты патогенных простейших – менее 1 в 1 дм³.

Нормы внесения тяжелых металлов предусматривают возможность накопления их в почве на ЗПО не выше 0,7-0,8 кг/га от их ПДК по транслокационному показателю вредности, а максимальная величина вносимого в почву общего азота не должна превышать 300 кг/га в год.

Загрязнение почвы отличается особенностями при использовании на орошение сельскохозяйственных культур сточных вод *животноводческих комплексов (КРС и свиноферм) и птицефабрик.*

Стоки свиноводческих комплексов после прохождения механической и биологической очистки обладают высокими удобрительными свойствами, содержат 1,0-2,0% взвешенных веществ, pH 7,5-8,3, сухой остаток – до 2000 мг/л, азот общий – до 850 мг/л, азот аммонийный – до 240 мг/л, нитраты – до 3,9 мг/л, ХПК – до 1250 мг O₂/л.

Сточные воды животноводческих комплексов крупного рогатого скота по загрязненности органическими веществами и содержанию биогенных элементов во много раз превышают обычные коммунальные и промышленные сточные воды, что значительно усложняет их биологическую очистку, в том числе почвенными методами.

Эти стоки представляют собой полидисперсную среду из воды, органических и минеральных веществ, волокнистых включений и характеризуются высокой удобрительной ценностью. В них содержится от 1600 до 2250 мг/л общего азота, от 430 до 500 мг/л фосфора, от 900 до 2000 мг/л калия, большое количество органических веществ.

В сточных водах птицефабрик содержится много питательных веществ, в среднем в 1000 м³ сточных вод содержатся 52 кг аммиачного азота, 54 кг азота нитратов, 29 кг азота нитритов, 135 кг общего азота, 2 кг фосфора.

Общее количество бактерий в 1 мл сточных вод составляет в maximume до 267 тыс. до очистки и до 179 тыс. после очистки; титр кишечной палочки соответственно 10⁶ и 10⁴.

Эпидемическая опасность сточной жидкости птицефабрик резко возрастает при подключении к сбору хозяйственно-фекальных стоков из-за возможности наличия в них различных патогенных энтеробактерий, яиц гельминтов и цист патогенных простейших.

В сельскохозяйственных районах Узбекистана одними из наиболее опасных с позиций загрязнения объектов окружающей среды и влияния на здоровье населения являются пестициды, используемые для борьбы с вредителями и болезнями хлопчатника и других культур.

Критериями гигиенической оценки опасности загрязнения почвы являются научно-обоснованные предельно допустимые концентрации (ПДК) и ориентировочно допустимые концентрации (ОДК) в почве (СанПиН РУз № 0191-05).

Новые препараты проходят регламентирование с целью установки их допустимого содержания в объектах окружающей среды (в том числе в почве), которые утверждаются в Министерстве здравоохранения РУз. Одновременно разрабатываются санитарные правила хранения, транспортировки и применения их в сельском хозяйстве в целях охраны от загрязнения объектов окружающей среды, здоровья работающих и населения.

Вышеприведенные материалы наглядно подтверждают, что одной из главных задач органов санитарного надзора республики является охрана почвы селитебных зон и детских учреждений населенных мест.

При этом, необходимость в санитарно-гигиенической оценке степени загрязнения почвы населенных мест возникает при выборе мест для строительства населенных пунктов, а также контроль за санитарным состоянием почвы, определении эффективности почвенных методов обезвреживания образующихся отходов и сточных вод.

Одновременно при мониторинге за санитарным состоянием почвы и степенью её химического загрязнения необходимо использование унифицированных методов и определенного набора химических показателей.

Учитывая, что в Узбекистане после приобретения независимости особенно интенсивно развивались новые отрасли промышленности в почву с выбросами, отходами и сточными водами поступали самые разнообразные химические вещества органического и неорганического характера. Поэтому в значительной мере изменился характер и уровни почвенных загрязнителей.

Это, в свою очередь, потребовало в значительной мере изменить требования к программам обследования почв. Следовало учитывать санитарно-эпидемиологическое состояние обследуемых административных территорий, уровни и характер

техногенной нагрузки на почву, типы землепользования и ряд других местных условий.

Рекомендовано также, в первую очередь, проводить исследования почвы территорий повышенного риска по силе и возможности воздействия загрязнений на здоровье населения. Все эти моменты были учтены при разработке СанПиН РУз № 0183-05 «Гигиенические требования к качеству почвы населенных мест в специфических природно-климатических условиях Узбекистана» и общей номенклатуры показателей санитарного состояния почвы. В данном документе приводится общая номенклатура показателей санитарного состояния почв. Показатели сгруппированы и разделены на 3 части: санитарно-химические, санитарно-бактериологические, санитарно-гельминтологические и санитарно-энтомологические показатели

Выбор соответствующих показателей зависит от химического состава средств химизации сельского хозяйства, применяемых в конкретной местности и от характера выбросов промышленных предприятий.

Обсуждение. Таким образом, материалы данной работы убедительно подтверждают, что перечень основных источников загрязнения почвы и номенклатура обязательных для определения показателей в разных административных районах обусловлены комплексом антропогенных факторов, в том числе развитием промышленности и сельского хозяйства, особенностями организации систем очистки их территорий и ряда других, связанных непосредственно с жизнедеятельностью людей и общества в целом.

При этом, основные источники загрязнения почвы можно подразделить на следующие группы:

- техногенное загрязнение за счет выбросов в атмосферу и спуска сточных вод промышленных предприятий в водные объекты, а также в местах расположения хвостохранилищ и шламонакопителей предприятий цветной и химической промышленности;
- загрязнение почвы твердыми бытовыми и токсичными промышленными отходами в системах очистки территорий населенных мест;
- загрязнение почвы и воды водных объектов сточными водами городских канализаций (обычно с примесью промышленных стоков);
- загрязнение почвы при сельскохозяйственном использовании и почвенном обеззараживании сточных вод на сельскохозяйственных полях орошения (ЗПО);
- загрязнение почвы стоками животноводческих комплексов (КРС и свинофермы) и птицефабрик;
- в местах хранения и районах применения пестицидов и удобрений.

Опасность загрязнения почвы химическими веществами с гигиенических позиций определяется уровнем её возможного отрицательного влияния на контактирующие среды (вода, воздух), пищевые продукты и опосредованно на человека, а также на биологическую активность почвы и процессы её самоочищения.

ПДК и ОДК представляют комплексные показатели безвредного для человека содержания химиче-

ских веществ в почве. Это максимальный показатель возможной миграции препарата в сопредельные с почвой среды (растения, вода, воздух) в количествах, не превышающих гигиенические нормы этого вещества в указанных объектах, а также не наблюдается отрицательного влияния вещества на биологическую активность почвы.

ОДК пестицида в почве определяется по установленным гигиеническим нормативам – допустимым остаточным количествам (МДУ) пестицидов в растительных культурах. В этом случае, если максимально наблюдаемый уровень загрязнения, ниже расчетного значения, нужно учитывать принцип толерантности: в качестве ОДК рекомендуется максимальный уровень загрязнения почвы при использовании препарата в сельском хозяйстве.

ПДК и ОДК гарантируют отсутствие отрицательного прямого или опосредованного через контактирующие с почвой среды воздействия на здоровье человека, его потомство и санитарные условия жизни населения.

Величины ПДК и ОДК веществ в почве (мг/кг абсолютно сухой почвы) представлены в СанПиН.

Гигиеническая оценка степени опасности химических вредных веществ для человека проводится с учетом класса их опасности.

При отсутствии в используемых нормативных и проектных документах указаний на класс опасности химического вещества, позволяет определять по так называемому индексу опасности. При этом могут проводиться расчеты индекса опасности по ПДК вредного вещества в почве, $ЛД_{50}$ вредного вещества, классу опасности вредного вещества в воздухе рабочей зоны.

При наличии ПДК вредного вещества в почве, которые приведены в СанПиН РУз № 0055-96 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) и ориентировочно допустимые концентрации (ОДК) экзогенных вредных веществ в почве», расчет индекса опасности приводится по следующей формуле (1):

$$K_i = \frac{ПДК_i}{(S_i + C_e) \cdot x_i}, \quad (1)$$

где $ПДК_i$ – ПДК токсического химического вещества, содержащегося в почве (мг/кг);

S_i – коэффициент, отражающий растворимость вещества в воде (мг/л);

C_b – содержание данного компонента в общей массе пром.отходов, которые вносятся в почву (т/т);

i – порядковый номер данного компонента или токсического вещества.

Рассчитав K_i для каждого вещества, выбирают 1-3 ведущих веществ, имеющих минимальное значение K_i причем соблюдают соотношение $K_1 < K_2 < K_3$, а также $2K_1 \geq K_3$. Затем определяют суммарный индекс токсичности (K_{Σ}) по формуле (2):

$$K_{\Sigma} = \frac{1}{n^2} \cdot \sum K_i, \quad (2)$$

где $n \leq 3$.

Класс опасности химических веществ в почве определяют по таблице 2.

Таблица 2
Классификация опасности химических веществ на основе величин ПДК этих веществ в почве

Суммарный индекс опасности К	Класс опасности	Степень опасности для населения
менее 2	1	чрезвычайно опасные
от 2 до 16	2	высоко опасные
от 16 до 30	3	умеренно опасные
более 30	4	мало опасные

При отсутствии ПДК вредного химического вещества в почве определение его класса опасности проводится для каждого вещества отдельно по формуле (3), используя величину LD_{50} для этого вещества:

$$K_i = \frac{\lg x(\dot{E}A_{50})}{(S_i + 0,1F)xi}, \quad (3)$$

где S_i – коэффициент растворимости данного вещества в воде, мг/л;

F – коэффициент летучести данного вещества, %;

i – порядковый номер данного вещества.

При расчетах следует соблюдать условия, что $K_1 < K_2 < K_3$ и $2K_1 \geq K_3$; затем рассчитывают K_2 по формуле (2), получают безмерный коэффициент, после чего определяют класс опасности вещества с помощью вспомогательной таблицы 3.

Таблица 3
Классификация опасности химических веществ по LD_{50}

Величина суммарного индекса опасности К	Класс опасности	Степень опасности для населения
менее 1,3	1	чрезвычайно опасные
от 1,3 до 3,3	2	высоко опасные
от 3,4 до 10	3	умеренно опасные
более 10	4	мало опасные

Определение классов позволяет:

- систематизировать вредные компоненты;
- обеспечивать единые подходы к переработке разных видов отходов;
- устанавливать рациональные требования к порядку обезвреживания разных видов отходов;
- получать от утилизации максимально положительные результаты.

Выводы

В связи с постоянным увеличением антропогенного пресса усилением воздействия на почвы, вызванным деятельностью промышленных и сельскохозяйственных предприятий, остро стоит вопрос оценки санитарно-гигиенического состояния почвы. Таким образом установлено, что перечень основных источников загрязнения почвы и номенклатура обязательных для определения показателей в

разных административных районах не одинаков и обусловлен комплексом антропогенных факторов.

Литература

1. Адылов У.Х. Гигиеническая оценка состояния окружающей среды и здоровья сельского населения Сурхандарьинской области в связи с загрязнением территории выбросами Таджикского алюминиевого завода и условиями жизни // Автор.дисс. канд.мед.наук.- Ташкент, 1994. – 21 с.

2. Ильинский И.И., Искандарова Ш.Т. Гигиенические основы мероприятий по оптимизации функционирования систем очистки территорий населенных мест в условиях Узбекистана // Учебно-методическое пособие для студентов медицинских ВУЗов. – Ташкент, 2011. – 110с.

3. Искандаров Т.И., Ильинский И.И., Искандарова Ш.Т. // Санитарно-гигиенические проблемы охраны почвы от загрязнения в специфических природно-климатических условиях Узбекистана. - Ташкент, 2010. – 130 с.

4. Жовлиев А.А., Комилов А.К., Рихсиева И.Ю. Основные экологические проблемы создаваемые за счет выбросов алюминиевого завода Материалы республиканской научно-практической конференции // Гигиенические проблемы охраны здоровья населения на современном этапе и пути их решения. – Ташкент, 2010. – С.8-9.

5. Искандаров Т.И., Ильинский И.И., Искандарова Ш.Т. Гигиенические основы мероприятий по охране почвы от загрязнения в условиях Узбекистана // Учебно-методическое пособие для студентов медицинских ВУЗов. – Ташкент, 2011. – 122 с.

6. Искандарова Ш.Т., Расулова Н.Ф., Хасанова М.И. Современные проблемы гигиены почвы в условиях Узбекистана // Монография - Ташкент, 2017. – 181с.

7. Хасанова М.И. Тупроқ муҳити ва аҳоли саломатлиги Сборник Материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием // Современные достижения и перспективы дальнейшего развития профилактики микронутриентной недостаточности матерей и детей. Ташкент. 23 август 2019 года. С.125–126.

8. Усманов И.А., Хасанова М.И., Файзиева М.Ф. Гигиенические проблемы утилизации промышленных отходов в Узбекистане. Материалы 84-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых. // Молодежная наука и современность, посвященной 84-летию КГМУ и 100-летию со дня рождения профессора Г.М. Ткаченко. 24-25 апреля 2019 года. Часть II. Курск- С.373-377.

9. Искандарова Ш.Т., Хасанова М.И. **Химический состав почвы и здоровье населения** // Биология ва тиббиёт муаммолари, Самарканд. 2020. 4.1. (121) 225-226 бетлар.

10. Искандарова Ш.Т., Хасанова М.И. **Ўзбекистон шароитида тупроқнинг кимёвий таркибининг ўзига хослиги ва аҳоли саломатлиги**. Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилишнинг замонавий ютуқлари ва ривожланиш истиқболлари мавзусидаги // II Халқаро илмий-амалий онлайн анжуман материаллари, Тошкент. 17 июнь 2020 йил- 99-101 бетлар

11. Sh Iskandarova, M. Khasanova, M Fayzieva, Z Sattorova, D Mirdadaeva Evaluation of the Content of Microelements in the Soil under the Conditions of Uzbekistan. // International journal of pharmaceutical research Apr – Jun 2020 /Vol 12/ Issue 2.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ И НОМЕНКЛАТУРА ПОКАЗАТЕЛЕЙ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧВЫ

Искандарова Ш.Т., Хасанова М.И.

Преобразования, связанные с активным ростом городов, развитием различных отраслей промышленности и сельского хозяйства являются источником загрязнения почвы, а загрязненная почва

источником вторичного загрязнения подземных и поверхностных вод, сельскохозяйственных атмосферного воздуха. Это определяет возможность воздействия почвенных загрязнителей на организм человека. Работа посвящена актуальным проблемам для Узбекистана с позиций сохранения здоровья

населения, это вопросы гигиены почвы и состояния очистки территорий населенных мест.

Ключевые слова: гигиена почвы, источники загрязнения почвы, почвенные загрязнители, организм человека, сохранение здоровья населения, очистка территорий населенных мест.

УДК: 618.3: 578.36-616.642

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Калниязова И.Б., Абдукахарова М.Ф., Нетьматова Н.У., Айтимбетов С.Е.

QORAQALPOG'ISTON RESPUBLIKASIDA OIV INFEKSIYASI BO'YICHA EPIDEMIK HOLAT

Калниязова И.Б., Абдукахарова М.Ф., Нетьматова Н.У., Айтимбетов С.Е.

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF HIV INFECTION IN THE REPUBLIC OF KARAKALPAKSTAN

Калниязова И.Б., Абдукахарова М.Ф., Нетьматова Н.У., Айтимбетов С.Е.

Кунградская санитарно-эпидемиологическая станция, Ташкентская медицинская академия, Центр СПИД Республики Каракалпакстан

ВИЧ - инфекция, которая продолжает распространяться по всему миру, стала одной из самых серьезных и неотложных проблем нашего времени [1]. Пандемия ВИЧ-инфекции является величайшей трагедией в истории человечества в конце двадцатого века. Эксперты по экономическому ущербу, причиненному этой болезнью для общества, считают, что количество погибших от этой болезни можно «приравнять к двум мировым войнам». Но ВИЧ-инфекция отличается от мировых войн тем, что она незаметно проникает и быстро распространяется среди населения.

Цель исследования

Изучить эпидемиологические особенности распространения ВИЧ-инфекции в Республике Каракалпакстан.

Материалы и методы исследования

Материалами являются отчетные данные республиканских и региональных центров по борьбе со СПИДом о заболеваемости ВИЧ-инфекцией, а также результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию в диагностических лабораториях в Республике Каракалпакстан.

В работе были использованы эпидемиологические (ретроспективный и оперативный анализы заболеваемости) и статистические методы исследования. При статистической обработке учитывали интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. населения и в процентном соотношении.

Результаты и обсуждения. В 2018 году заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Республике Каракалпакстан составляла 7,1 на 100 тысяч населения. На территории Турткульского района заболеваемость составляла 17,4, Берунийского - 16,3, Амударьинского - 7,3, Элликалинского - 6,5, Кегейлийского - 6,7, Ходжейлинского - 5,8, в городе Нукусе 4,8 на 100 000 населения. Тогда как в Тахиаташском, в Кунградском, Пахтакорском (м.б. Тахтакупырском) и Чимбайском районах заболеваемость составляет 2,5, а в Караозакском районе - 1,9 на 100 000 населения.

В результате качественных профилактических мероприятий заболеваемость ВИЧ-инфекцией снизилась по сравнению с 2018 годом, и, согласно результатам сравнительного анализа, в Республике Каракалпакстан составляла, на 2019 год - 6,0 случаев на 100 тысяч населения. Распределение по районам следующее: в Турткульском районе заболеваемость ВИЧ-инфекцией составляет - 15,7, Берунийском - 12,8, Тахиаташском и Элликалинском районах - 8,2, г. Нукусу - 6,3, Канлыкульском районе - 4,0, Амударьинском, Ходжейлинском и Муйнакском районам - 3,2., Караозакском районе - 1,9, Кунградском районе - 0,8.

В 2019 году заболеваемость ВИЧ-инфекцией составила 62,8% среди мужчин и 37,1% у женщин.

Согласно анализу путей передачи, 82,3% случаев заболевания, передаются половым путем, в 10,6% случаев участвует парентеральный путь передачи, в 0,9% - вертикальный, в 4,4% случаев были выявлены эпидемиологическими исследованиями и 1,8% - с неопределенным путем передачи.

Таким образом, согласно сравнительному анализу за 2018-2019 годы, самый высокий уровень распространения ВИЧ-инфекции в Республике Каракалпакстан принадлежит Турткульскому району, на долю которого приходится 82,3% заболеваемости ВИЧ-инфекцией, передаваемой половым путем.

Литература

1. Абдукахарова М.Ф., Расулов Ш.М., Пулатов Ш.К. Гемоконтакт вирусной инфекцией эпидемиология и профилактика хусусиялари // Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2017. - №7. - + С. 15-21.
2. Баранова А.Н. Обоснование организационной модели профилактики социально-значимых заболеваний, опасных для окружающих. - СПб, 2016.-45 с.
3. Информационное письмо Республиканского центра по борьбе со СПИДом, 2017.
4. Калниязова И.Б., Миртазаев О.М., Абдукахарова М.Ф. и др. Эпидемиологические особенности распространения ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов Республики Каракалпакстан // Мед. журн. Узбекистана. - 2016. - №2.

- С. 104-106.

5. Крюкова В.А., Ганина Л.Ю., Турумова З.Ж. и др. Основы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. - Ташкент, 2011. - 3 с.

6. Матназарова Г.С., Калниязова И.Б., Абдукахарова М.Ф., Пулатов Ш.К. Ўзбекистонда меҳнатмигрантлари орасида ОИВ-инфекцияси тарқали-шининг эпидемиологик хусусиятлари // Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2016. - №7. - С. 134-136.

7. Матназарова Г.С., Неъматова Н.У. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан // Материалы 39-й Международной научно-практической интернет конференции. - Переяслав-Хмельницкий, 2018. - С. 516-519.

8. Неъматова Н.У., Матназарова Г.С., Абдукахарова М.Ф.,

Кутльмуратова Г.Д. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2020. - № 1. - С. 129-132.

9. О мерах по дальнейшему совершенствованию систем противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека в Республике Узбекистан: Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-3493 от 25 января 2018 года.

10. Развитие эпидемии СПИД. – ЮНЭЙДС. ВОЗ, 2016.

11. Умаров Ж.Ж., Неъматова Н.Ў., Абсаттарова В.К. К особенностям эпидемического процесса при ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан // Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2018. - №5-6.-С. 134-136.

УДК: 616.24-002:616-053.82/.88(575.1)

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА COVID-19 В НАВОЙСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА

Мустанов А.Ю.¹, Матназарова Г.С.¹, Миртазаев А.М.¹, Брянцева Е.В.¹, Хамзаева Н.Т.¹, Худайбергенов М.Р.³, Хасанов Р.У.²

ЎЗБЕКИСТОН НАВОЙИ ВИЛОЯТИДА COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИК ЖАРАЁНИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мустанов А.Ю.¹, Матназарова Г.С.¹, Миртазаев А.М.¹, Брянцева Е.В.¹, Хамзаева Н.Т.¹, Худайбергенов М.Р.³, Хасанов Р.У.²

FEATURES OF THE EPIDEMIC PROCESS OF COVID-19 IN THE NAVOI REGION OF UZBEKISTAN

Mustanov A.Yu.¹, Matnazarova G.S.¹, Mirtazaev A.M.¹, Bryantseva E.V.¹, Khamzaeva N.T.¹, Khudaibergenov M.R.³, Khasanov R.U.²

¹Ташкентская медицинская академия, ²Ургенчский филиал ТМА, ³Центр санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Навоийской области.

Муаллифлар томонидан Навоий вилояти мисолида аҳолининг COVID-19 касаллиги билан касалланиш ҳолатлари таҳлил қилиб чиқилган. Ушбу касалликнинг баъзи эпидемиологик хусусиятлари аниқланган. Мазкур ишни ўтказишда эпидемиологик тадқиқот усуллари, хусусан, ретроспектив эпидемиологик таҳлил усулидан фойдаланилган. COVID-19 касаллиги эпидемик жараёнининг хусусиятлари берилган.

Калит сўзлар: COVID-19, Навоий вилояти, шаҳар ва қишлоқ аҳолиси, эпидемик жараён.

The authors analyzed the incidence of COVID-19 using the example of the Navoi region. Some epidemiological features of this disease have been identified. Epidemiological research methods, in particular, retrospective epidemiological analysis were used in this work. The characteristic of the epidemic process of COVID-19 is given in this article.

Key words: COVID-19, Navoi region, age structure, urban, rural population.

Коронавирусная инфекция (COVID-19) квалифицируется как особо-опасная инфекция с высоким летальным исходом. Это инфекция по своей социальной значимости находится на одном из первых мест среди всех болезней человека. 11 марта 2020 года Всемирная Организация Здравоохранения объявила о пандемии во всём мире, а уже 13 марта объявили, что Европа стала центром коронавирусной инфекции. Коронавирус - COVID-19 впервые зарегистрирован в Китайской Народной Республике (КНР), в городе Ухань в провинции Хубэй в ноябре 2019 года. С тех пор эта инфекция стремительным темпом распространилась по всему зем-

ному шару: Азии, Америке, Европе, Африке, Австралии, Латинской Америке, России с охватом более 200 стран.

Первый случай COVID-19 в Узбекистане был подтвержден 15 марта у гражданки Узбекистана, прибывшей из Парижа в Ташкент 11 марта. После этого был объявлен карантин. Были закрыты границы, учебные заведения, отменены массовые мероприятия и т. д.

С 20 марта Узбекистан приостановил пассажирские международные перевозки на автобусах, автомобилях, железных дорогах и воздушном транспорте.

Медики Узбекистана самоотверженно боролась с этой инфекцией. Если в начале пандемии мы мало

знали об этом заболевании, то теперь разработаны протоколы лечения больных COVID-19, знаем этиологию, патогенез, осложнения, вызываемые вирусом, разработаны некоторые меры профилактики. Но остаются ещё много неразрешённых вопросов в отношении этого вируса: почему люди, переболевшие COVID-19 буквально через несколько недель, могут заболеть вновь и в более тяжелой форме; как долго сохраняется вирус в окружающей среде, находясь вне живой клетке; какие меры профилактики наиболее эффективны в борьбе с этим заболеванием; почему среди заразившихся очень много медицинских работников; почему в группу риска стали вовлекаться лица 30-40 лет и т.д.

Но не смотря на усилия медицинских работников всего мира, возбудитель COVID-19 продолжает наступление на человечество, инфекция стремительно распространяется по планете, унося все больше жизней.

Сейчас во многих странах мира началась вторая волна пандемии и она не остановится пока среди население на популяционном уровне не выработается «коллективный иммунитет».

На планете (данные от 03.11.20) зафиксировано уже 47 416219 инфицированных с начала пандемии, 12 180453 активных случаев, 34 022116 выздоровевших, что составило 71,76%, погибших – 1 213650 (2,56%).

На 03.11.2020 в Узбекистане зафиксировано 67 553 заразившихся COVID-19 за период пандемии, что составляет 0,14% от общего количества зараженных (рис.1).

К сожалению, на сегодня в Узбекистане погибли уже 574 человек, летальность составляет 0,85%. Полностью вылечились от вируса 64815 человек, восстановление составляет 95,81%. Узбекистан занимает 62 место в рейтинге по количеству зараженных людей во всем мире [1,2].

Неодинаковая картина по выявлению заражённых коронавирусной инфекции наблюдается в областях республики. Большой интерес представляет анализ заболеваемости COVID-19 в отдельно взятых областях. В связи с чем, мы проанализировали заболеваемость COVID-19 на примере Навоийской области.

Цель исследования

Изучить некоторые особенности эпидемического процесса заболеваемости COVID-19, а также возрастную и половую структуры больных на территории Навоийской области.

Методы

Были применены эпидемиологические методы исследования, в частности ретроспективный эпидемиологический анализ, а также использованы статистические данные о заболеваемости COVID-19. Материалами являются эпид. карты и истории болезни больных Навоийской области Республики Узбекистан.

Результаты и обсуждение

Навоийская область является крупным индустриальным и культурным центром страны, имеющим важное место в ее экономическом развитии.

Это самый большой по площади регион, который уступает лишь Каракалпакстану[3].

Эта область – самая молодая в нашей стране. Она была образована на базе части территорий Бухарской и Самаркандской областей. Занимает самую большую площадь среди всех областей республики (110 800 км²). Граничит Казахстаном, Джизакской, Самаркандской и Бухарской областями, а также с Республикой Каракалпакстан. Климат здесь резко-континентальный, пустынный и засушливый.

Навоийская область занимает одно из последних мест по численности населения [4].

Навоийская область состоит из 8 районов (туманов):

1. Канимехский район (центр — Канимех);
2. Карманинский район (центр — Кармана);
3. Кызылтепинский район (центр — Кызылтепа);
4. Хатырчинский район (центр — Янгирабат);
5. Навбахорский район (центр — Бешрабат);
6. Нуратинский район (центр — Нурата);
7. Тамдынский район (центр — Тамдыбулак);
8. Учкудукский район (центр — Учкудук).

Административный центр области — город Навои, является самым крупным городом области (около 128 000 жителей), всего 6 городов, 8 городских посёлков и 53 села.

27 марта 2020 года в Навоийской области, где расположены крупные золотодобывающие и уранодобывающие компании, а также химические заводы, был объявлен карантин для городов Навои и Зарафшан, а также нескольких районов и областей [5].

Все заболевшие коронавирусом в Навоийской области не были за границей, они заразились в городе.

31 марта было выявлено ещё два жителя Навоийской области (мать и ребенок), у которых выявлен COVID-19, были в контакте со скончавшимся 28 марта пациентом. Они были размещены в областную инфекционную клинику [6]. 9 мая сообщалось о 8 выявленных случаях и 2 выздоровевших [7].

Из-за несоблюдения требований карантина в области только за две недели резко выросло число случаев коронавируса. 20 мая было зарегистрировано 17 новых случаев заболевания, 21 мая – 5, затем ещё 15. За сутки, с 30 по 31 мая Навоийская область вышла на первое место по числу новых пациентов с коронавирусом, обогнав г. Ташкент, Бухарскую и Самаркандскую области (здесь были обнаружены сразу 38 больных), сообщил корреспондент «Podrobno.uz» со ссылкой на отчет Министерства здравоохранения РУз. Каждый день отмечался ростом заболевших COVID-19. Основной очаг распространения болезни - город Зарафшан.

Исходя из статистических данных, Навоийская область занимала последнее место в Узбекистане по ликвидации коронавирусной инфекции - процент выздоровления в данном регионе едва дотягивал до 3, в то время, как в целом по республике этот показатель превышал отметку в 81%.

В связи с этим в Навоийской области решено было усилить карантинные меры [8].

На сегодняшний день в Навоийской области выявлено 623 больных COVID-19 от начала пандемии из них 602 выздоровели (процент выздоровления равен 96,6%) на лечении находятся 21 пациент.

Проведённые нами наблюдения показали, что в эпидемический процесс вовлекались в основном лица, проживающие в городах, так из 623 выявленных COVID-19 больных 232 - это жители города Зарафшан (37,2%), 217 пациентов - жители города Навои (34,8%), остальные заболевшие - жители сельской местности, причём 76 заболевших - жители Карманинского района (12,2%), 44 - Хатырчинского (7,1%), 15 пациентов из Навбахорского района (2,4%), по 12 заболевших COVID-19 из Канимехского, Нуратинского и Кызылтепинского районов (1,9%), 1 и 2 заболевших выявлены в Тамдынском и Учкудукском районах (0,2% и 0,3% соответственно) (рис.2). Из 57 пациентов детского возраста - 34 это жители города Зарафшан, 10 - жители города Навои, 9 - из Карманинского, 3 - из Хатырчинского и 1 из Канимехского районов.

Основными факторами риска COVID-19 явилась система общения людей: посещения мест массового скопления (свадебные мероприятия, посещение мечетей, пользование общественным транспортом, работа на различных крупных предприятиях). Так Среди работников Навоийского горно - металлургического комбината было выявлено 70 заболевших COVID-19, что составило 11,2% от общего числа заболевших.

Проведённые наблюдения по изучению возрастной структуры, заболевших показали, что большинство заболевших относятся к возрастной категории от 30 до 64 лет (рис.3).

Возрастная структура заболеваемости COVID-19 характеризуется тем, что более всего страдает взрослое население, однако нужно учитывать, что в пандемию, вызванную новым, ранее неизвестным вирусом, вовле-

каются лица всё более молодого возраста и заболеваемость среди них может быть также значительной.

Как видно из рисунка 3 в эпидемический процесс, в основном, вовлекаются лица наиболее трудоспособного возраста от 30 до 64 лет (64,7%), затем лица от 18 до 29 лет (22,2%), дети от 4 до 17 лет составляют 7,1% от всех возрастных групп, дети в возрасте до 1 года и от 1 года до 3 лет подвержены заболеванию очень редко (1,0% и 1,4% соответственно), доля возрастной группы лиц старше 65 лет, входящих в группу риска, составляет 4,0%.

При анализе половой принадлежности было выявлено, что среди заболевших коронавирусной инфекцией 59,0% приходилось на мужское население (365) и 41,0% составляли лица женского пола (258) (рис.4).

В проведённых нами исследованиях по Республике Узбекистан, различия показателей заболеваемости среди мужчин и женщин были не столь очевидны. Большой процент заболеваемости лиц мужского пола в Навоийской области, возможно связана с более частым посещением мужчинами мест с большим скоплением людей (религиозные и свадебные обычаи).

Выводы

Таким образом, анализ заболеваемости COVID-19 среди жителей Навоийской области выявил некоторые особенности эпидемического процесса:

1. среди заболевших COVID-19, проживающих на территории Навоийской области преобладают жители городов Зарафшан (37,2%) и Навои (34,8%);
2. большинство заболевших относятся к возрастной категории от 30 до 64 лет (64,7%), затем лица от 18 до 29 лет (22,2%).
3. среди заболевших коронавирусной инфекцией 59,0% приходится на мужское население и 41,0% - на лиц женского пола.



Рис. 1 Динамика Covid - 19 в Узбекистане. (конец октября - начало ноября 2020г)

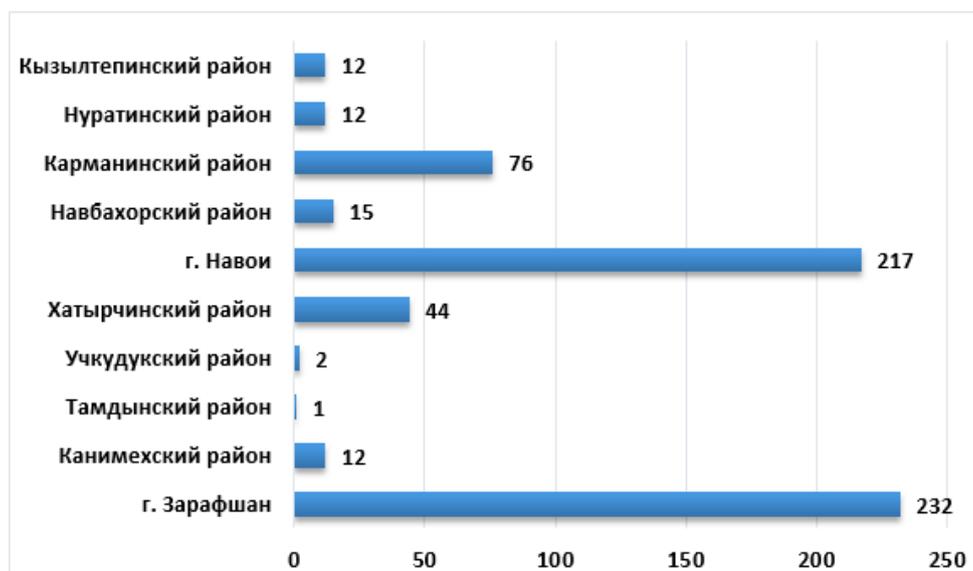


Рис. 2 Выявленные больные COVID-19, в городах Зарафшан, Навои и в районах Навоийской области

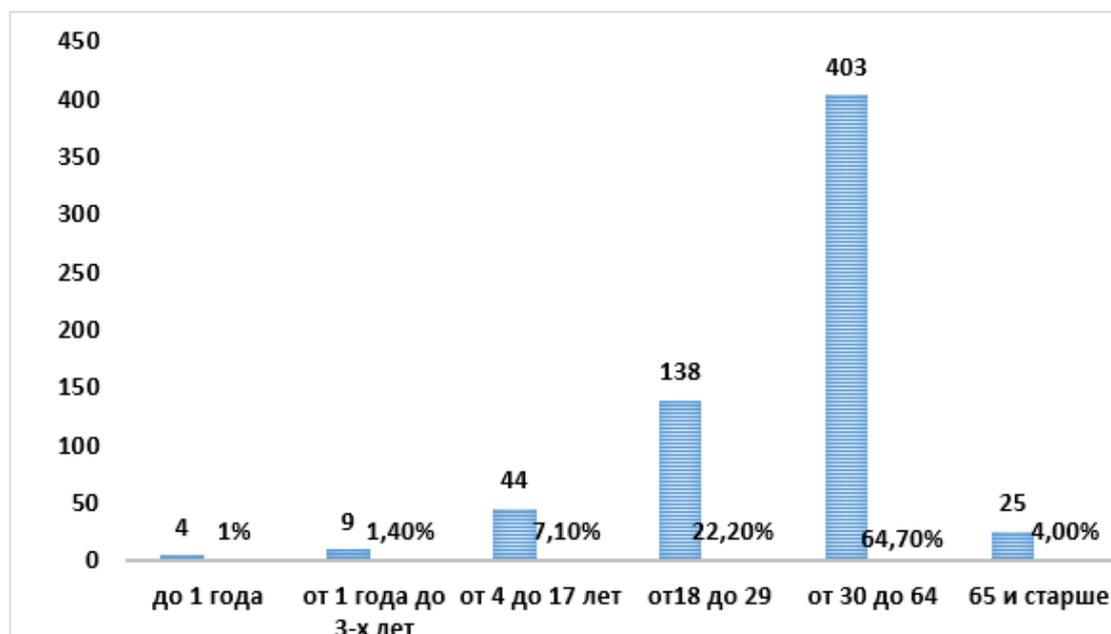


Рис. 3. Возрастная структура заболеваемости COVID-19 в Навоийской области

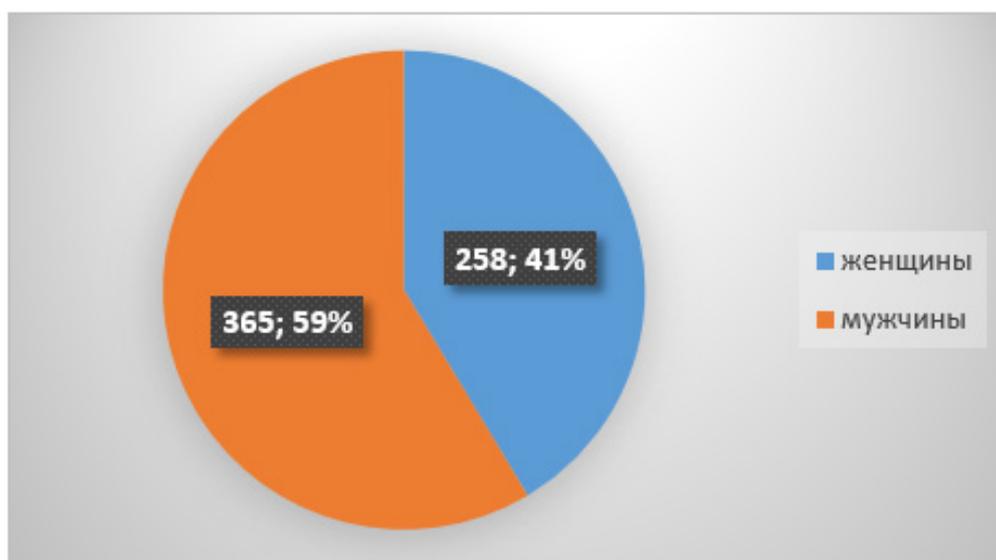


Рис.4. Распределение заболеваемости COVID-19 в Навоийской области в зависимости от половой принадлежности.

Литература

1. <https://coronavirus-control.ru/coronavirus-uzbekistan/>
2. <https://www.gazeta.uz/ru/coronavirus-stat/>
3. <https://uz.sputniknews.ru/culture/20160826/3595188.html>
4. <http://geografiya.uz/socialno-ekonomicheskaya-geografiya-uzbekistana/10053-navoiyskiy-viloyat.html>
5. <https://fr.reuters.com/article/orutp-health-coronavirus-uzbekistan-idRUKBN21E0KF-ORUTP>
6. <https://www.gazeta.uz/ru/2020/03/31/patients-details/>
7. <https://www.gazeta.uz/ru/2020/05/10/covid-19/>
8. <https://uz.sputniknews.ru/society/20200522/14195222/Minzdrav-nazval-regiony-s-samoy-slozhnoy-epidobstanovkoy-.html>

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Мустанов А.Ю.¹, Матназарова Г.С.¹, Миртазаев А.М.¹, Брянцева Е.В.¹, Хамзаева Н.Т.¹, Худайбергенов М.Р.³, Хасанов Р.У.²

Авторами проведён анализ заболеваемости COVID-19 на примере Навоийской области. Выявлены некоторые эпидемиологические особенности этого заболевания. В работе были применены эпидемиологические методы исследования, в частности ретроспективный эпидемиологический анализ. Дана характеристика эпидемического процесса COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19, Новоийская область, возрастная структура, городское, сельское население.

АҲОЛИНИНГ САНИТАРИЯ-ЭПИДЕМИОЛОГИК ОСОЙИШТАЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЧЕКЛОВЧИ ТАДБИРЛАР - КАРАНТИН ДАВРИДА АҲОЛИНИНГ АЙРИМ ФИКР МУЛОҲАЗАЛАРИ

Наимова З.С., Қурбанова Ҳ.А., Ҳакимова Х.Х.

ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ САНИТАРНОЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ НАСЕЛЕНИЯ - НЕКОТОРЫЕ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ КАРАНТИНА

Наимова З.С., Гурбанова Х.А., Хакимова Х.Х.

RESTRICTING MEASURES TO ENSURE SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL SUSTAINABILITY OF THE POPULATION - SOME OPINIONS OF THE POPULATION DURING QUARANTINE PERIOD

Naimova Z.S., Qurbanova H.A., Hakimova X.X.

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институту

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения - это состояние здоровья населения, при котором отсутствуют вредные воздействия факторов окружающей среды на человека и созданы благоприятные условия для его жизнедеятельности. Государственный санитарный контроль - деятельность, направленная на предупреждение, выявление и устранение нарушений законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, а среда обитания человека - совокупность объектов, событий и факторов среды, определяющих условия жизни человека.

Sanitary and epidemiological well-being of the population is a state of health of the population, in which there are no harmful effects of environmental factors on man and favorable conditions for his life activities are provided. State sanitary control is an activity aimed at preventing, detecting and eliminating violations of the legislation on sanitary and epidemiological well-being of the population, and the human environment is a set of objects, events and environmental factors that determine the conditions of human life.

Актуаллиги: Ўзбекистон Республикасида соғлиқни сақлаш соҳасида олиб бораётган сиёсатида профилактик йўналиш асосий ўринни эгаллайди, аҳоли саломатлигини сақлаш ва яхшилаш стратегиясининг асосини ташкил этади. Санитария-эпидемиология хизмати органлари санитария гигиеник ва эпидемияга қарши чора-тадбирларни олиб боради ва ушбу тадбирларни ўтказиш бўйича давлат санитария назоратини ўтказди. Санитария-эпидемиология хизмати аҳолининг санитария-эпидемиологик осойишталиги ва жамоат саломатлиги соҳасида ягона давлат сиёсатини амалга ошириш учун жавобгар бўлган ваколатли давлат бошқаруви органи ҳисобланади. Унинг қарорлари давлат бошқаруви органлари, хўжалик бирлашмалари, маҳаллий ижро этувчи ҳокимият органлари, бошқа ташкилотлар ва уларнинг мансабдор шахслари ҳамда фуқаролар томонидан бажарилиши мажбурий ҳисобланади. Санитария -гигиена тадбирлари

ва эпидемияга қарши тадбирлар юқумли ва паразитар касалликлар пайдо бўлишининг ҳамда тарқалишининг олдини олишга ва уларни бартараф этишга қаратилган ташкилий, маъмурий, муҳандислик-техник, тиббий - санитария чора-тадбирлари ҳамда бошқа чора-тадбирлар йиғиндиси бўлиб, санитария - эпидемиологик вазият аҳоли яшаётган муҳитининг ва соғлигининг муайян ҳудуддаги, кўрсатилган аниқ вақтдаги ҳолатини яхшилаш, инсонга у яшаётган муҳитнинг биологик омиллари таъсир кўрсатиши ҳамда юқумли ва паразитар касалликлар пайдо бўладиган ва тарқаладиган инсон касалликларини олдини олишга қаратилган тадбирлардан бири чекловчи тадбирлар - карантин.

Ўзбекистон Республикаси ҳудудининг санитария муҳофазаси санитария-карантин назоратини амалга ошириш ва чекловчи тадбирлар (карантин) жорий этиш йўли билан таъминланади. Санитария-карантин назорати давлат санитария назоратини

амалга оширувчи тегишли органлар томонидан белгиланган тартибда Ўзбекистон Республикасининг Давлат чегараси орқали ўтиш пунктларида амалга оширилади.

Мақсад: 2019-йил охирда коронавируслар – вируслар оиласига мансуб “Атипик зотилжам” (SARS) касаллигини чақирувчисига ўхшаб кетувчи вирус беморларда оддий шамоллашдан то ўткир оғир респиратор синдром (ТОРС) деб номланувчи оғир кечувчи касалликни келтириб чиқарди. Коронавирус омма саломатлигига солган таъдиди боис, Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан дунё бўйлаб фавқулодда ҳолат эълон қилинган вирус бўлади. Бу яқин йилларда кузатилган бирор бир вирус халқаро ташкилот томонидан бу қадар баҳо, таснифга сабаб бўлмаган. Марказий Осиё давлатларига бевосита чегарадош Хитой манбаи бўлган корона-вирус орада кечган қисқа вақт ичида Ўзбекистонда ҳам мамлакат президенти ва ҳукумати диққат-этиборидаги масалалардан бирига айланган. Бу касалликдан химояланишни энг асосий шартларидан бири бу ўз ўзини изоляция қилишдир.

Карантин тадбирларини жорий этиш билан касаллик кечишининг юктириш ҳолатини камайтириш мумкин эди. Карантин [итал. quarantena – қирқ кун], карантинлаш – ўта хавfli юқумли касалликлар тарқалишини чеклашга қаратилган эпидемияга қарши маъмурий ва санитария тадбирлари мажмуи. Чекловчи тадбирлар (карантин) - юқумли касалликлар тарқалишининг олдини олишга қаратилган, хўжалик фаолияти ва бошқа фаолиятнинг алоҳида тартибини, аҳоли, транспорт воситалари, юклар ва (ёки) товарлар ҳаракатланишининг чекланишини назарда тутадиган маъмурий, тиббий - санитария чора - тадбирлари ва бошқа чора - тадбирларнинг аҳолининг санитария - эпидемиологик осойишталигини таъминлашдаги аҳамиятини ва аҳолининг карантинга нисбатан фикр мулоҳазаларини ўрганиш.Текшириш усуллари ва материаллар: Аҳолининг санитария-эпидемиологик осойишталигини таъминлашда чекловчи тадбирлар –карантин даврида аҳолининг айрим фикр мулоҳазалари билиш учун аҳоли орасида анкеталаш усулида ижтимоий сўровнома олиб борилди. Сўровномада қатнашганлар: 6% - Эркак |(15-17 ёш), 3%- Аёл |(15-17 ёш), 18% - Эркак |(18-24 ёш), 10%- Аёл |(18-24 ёш), 24%- Эркак (25-34 ёш), 13% Аёл (25-34 ёш), 11%- Эркак |(35-44 ёш), 7%- Аёл (35-44 ёш), 4% - Эркак (45-64 ёш), 4% Аёл |(45-64 ёш). Анкета саволларига жавоблар ўрганиб чиқилиб, таҳлил қилинди. Натижалар ва муҳокама: Ижтимоий масофа сақлаш билан боғлиқ қайси чораларга амалга қилинган? Саволига жавоб: 36%- уйдан чиқмаяпман. 47% - ҳаётини эҳтиёж учун зарур ишлар билангина уйдан чиқаяпман (аптека, дўкон ва бошқа). 15%- Аввалгидек яшаяпман, фақат ниқоб тақиш ва қўлимни тез-тез ювишга одатландим. 2%- ҳеч қандай чораларга амал қилмаяпман. Карантин даврида уйда нима билан машғул бўляпсиз? 48% - кўп вақтимни оилам билан бирга ўтказаяпман, 13%- анчадан бери қизиқиб юрган нарсамни ўрганишга киришдим, 11% - овқат еб,

ухлаяпман, 5% - жисмоний машқлар билан шуғулланыпман, 14% - ҳеч нарса, чунки вақт йўқ, иш ҳам кўпайди, 9% - ҳеч нарса, чунки ҳеч нарсага иштиёқ йўқ. Карантин даврида рўзғор учун зарур бўлган бирламчи маҳсулотларни харид қилишда турмуш тарзингиз ўзгардими? 15%- кўчага камроқ чиқиш учун бир ойга етадиган озиқ-овқат маҳсулотлари сотиб оляпман; 42%- кўчага камроқ чиқиш учун бир ҳафтага етадиган озиқ-овқат маҳсулотлари сотиб оляпман; 17% - кўчага камроқ чиқиш учун уч кунга етадиган озиқ-овқат маҳсулотлари сотиб оляпман; 8% - карантинга қарамасдан, ҳар куни озиқ-овқат маҳсулотлари сотиб оляпман; 18% - кўчага камроқ чиқиш мақсадида кўплаб одатий озиқ-овқат маҳсулотларидан воз кечдим. Мактаб, олий ва қўшимча таълим тизими эпидемиядан сўнг онлайн шаклда давом этишини истайсизми? 20%- ҳа, бу замонавий ва қулай, 60% - йўқ, анъанавий таълим усули тарафдориман, 8%- ҳа, агар ўқитувчи ва синфдошлар билан ўзаро тўғридан-тўғри мулоқот имкони бўлса, 12% - ҳа, агар ўқув платформаларининг сифати ошса. Коронавирусга тест топшириб кўришни хоҳлармидингиз? 53% - ҳа, тест топширишни истайман (ҳозир Ўзбекистондаман), 40% - йўқ, тест топширишни хоҳламайман (ҳозир Ўзбекистондаман), 4% - тест топширдим (айни вақтда Ўзбекистонда яшаяпман), 1%- ҳозир чет элдаман, тест топширишни истайман, 1% - хориж давлатидаман, тест топшириш истагим йўқ. 1% - чет мамлакатдаман, тест топширдим, 7% - ҳаёт тарзим аввал қандай бўлса, ҳозир ҳам шундай. Мамлакатда жорий этилган карантин муносабати билан: 18%- уйда масофадан туриб ишлаяпман; 21% - ишхонага қатнаб ишлаяпман; 7% - ўз ҳисобимдан меҳнат таътилига чиқарилдим; 7% - ҳақ тўланадиган меҳнат таътилидаман; 21% - ишхонамиз вақтинча ёпилди, ишламаяпман; 26% - сўров менга тааллуқли эмас. Нафас аъзоларини химоя қилувчи қандай воситалардан фойдаланяпсиз? 34% - докали ниқоб (кўп марта ишлатишга мўлжалланган), 27% - матоли ниқоб (кўп марта ишлатишга мўлжалланган), 18% - жарроҳлик ниқоби (бир марталик), 4% - респиратор, 6% - ҳеч нарсдан фойдаланмаяпман.

Хулоса

Ўзбекистон Республикасининг “Аҳолининг санитария-эпидемиологикосойишталиги тўғрисидаги” (26.08.2015 й. N ЎРҚ-393) қонунида 5-боб, 31-моддасида Ўзбекистон Республикаси ҳудудининг санитария муҳофазаси бу аҳоли учун хавф туғдирувчи юқумли ва паразитар касалликларнинг кириб келиши ҳамда тарқалишининг олдини олишга, шунингдек Ўзбекистон Республикаси ҳудудига инсон учун хавф туғдирувчи товарлар, кимёвий, биологик ва радиоактив моддалар ҳамда юклар олиб кирилишининг олдини олишга қаратилган тадбирлар мажмуи-карантин ўз ўзини изоляция қилиш касалликдан химояланишининг энг асосий шартларидан бири, карантин тадбирларини жорий этиш билан касаллик кечишининг юктириш ҳолатини камайтириш мумкин эканлигини кўрсатди.

АҲОЛИНИНГ САНИТАРИЯ-ЭПИДЕМИОЛОГИК ОСОЙИШТАЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЧЕКЛОВЧИ ТАДБИРЛАР - КАРАНТИН ДАВРИДА АҲОЛИНИНГ АЙРИМ ФИКР МУЛОҲАЗАЛАРИ

Наимова З.С., Қурбанова Ҳ.А., Ҳақимова Х.Х.

Аҳолининг санитария-эпидемиологик фаровонлиги - бу атроф-муҳит омилларининг инсонга зарарли таъсири бўлмаган ва унинг ҳаёт фаолияти учун қу-

лай шароитлар таъминланган аҳоли соғлиғининг ҳолати. Давлат санитария назорати - бу аҳолининг санитария-эпидемиологик фаровонлиги тўғрисидаги қонун ҳужжатлари бузилишининг олдини олиш, уларни аниқлаш ва уларни йўқ қилишга қаратилган фаолият, инсон муҳити еса инсон ҳаёти шароитларини белгилайдиган объектлар, ҳодисалар ва экологик омиллар мажмуидир.

УДК:616.995.121:576.8.06:616-084

ТОШКЕНТ ШАҲРИДА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ВА ЭХИНОКОККОЗНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

¹Расулов Ш.М., ²Матназарова Г.С., ³Миртазаев О.М., ⁴Кадирова З.А., ⁵Миртазаева Н.А.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПАРАЗИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЭХИНОКОККОЗА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ В ТАШКЕНТЕ

¹Расулов Ш.М., ²Матназарова Г.С., ³Миртазаев О.М., ⁴Кадырова З.А., ⁵Миртазаева Н.А.

RASPROSTRANENIE PARAZITALNYX ZABOLEVANIY I EXINOKOKKOZA I PROPHYLAKTICHESKIE MERY V TASHKENTE

¹Rasulov Sh.M., ²Matnazarova G.S., ³Mirtazaev O.M., ⁴Kadyrova Z.A., ⁵Mirtazaeva N.A

¹⁻³*Тошкент тиббиёт академияси, ⁴Тошкент шаҳар Санитария эпидемиология осойишталиги маркази (СЭОМ), ⁵Тошкент шаҳар Олмазор тумани тиббиёт коллежи*

Описаны официальные отчеты Ташкентского центра санитарно-эпидемиологического надзора за паразитарными заболеваниями и эхинококкозом за 2019 год, а также профилактические и противоэпидемические меры против паразитарных заболеваний в Ташкенте. Проанализирована заболеваемость эхинококкозом в Ташкенте в 1998-2018 гг.

Ключевые слова: *гельминтоз, дети, эхинококкоз, эндемик, хроническое течение, заболеваемость, много-летний анализ, эпидемиология, профилактика.*

The article describes the relevance of parasitic diseases, the prevalence of echinococcosis in the country and official reports on parasitic diseases in 2019 of the Department of the Tashkent Center for Sanitary and Epidemiological Surveillance. The data provided are performed by the helminthiasis parasitology department and surveillance data.

Key words: *helminthiasis, deti, echinococcosis, endemic, chronic treatment, disease, multicellular analysis, epidemiology, prevention.*

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти берган маълумотларга кўра, дунё миқёсида гельминтозлар билан 1,5 миллион киши касалланган [3,5,6].

Паразитар касалликлар Соғлиқни сақлаш тизими олдида турган долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу ҳолат уларнинг кенг тарқалганлиги ва одам организмида турли патологик ўзгаришлар келтириб чиқариши билан тушунтирилади. Паразитозлар ер юзи аҳолисининг катта қисмини зарарлантириб, жамият ривожланишига жиддий ижтимоий ва иқтисодий зарар етказди [8,9].

Энтеробиоз билан касалланган беморларнинг 90-95%и ва аскаридознинг 65,1%и асосан мактаб ва мактабгача ёшдаги болалар орасида учрайди. Қатор изланишлар натижаларига кўра паразитозлар соматик касалликларнинг келиб чиқишига ва сурункали жараёнларнинг ўткирлашувига олиб келади, одам организмига кўп қиррали таъсир этиб, жумладан, иммун тизимининг нормал кечишига салбий таъсир қилади [2,4].

Эхинококкоз узоқ сурункали кечиши, оғир ва кенг қамровли органлар ва тизимларнинг бузилишлари билан характерланиб, кўп ҳолларда беморларни ногиронликка ва баъзи ҳолларда ўлимга олиб келувчи касаллик ҳисобланади. Эхинококкозни даволаш кўпинча жуда

мураккаб бўлиб, жарроҳлик аралашувини ва узоқ давом этувчи соматик даволашни талаб этади [6,7].

Ўзбекистон Республикаси эхинококкозга нисбатан эндемик ҳудудга киради. Зарарланиш даражаси ҳар 100 000 аҳолига 6-9 кишини ташкил этади. Эхинококкоз сабабли ҳар йили ўтказиладиган жарроҳлик амалиётлари сони 1000 дан 1500 гачани ташкил этади [2].

Ўзбекистон Республикасида 2003-2017 йиллар давомида рўйхатга олинган эхинококкоз касаллигининг таҳлили шуни кўрсатадики, касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига 2,4 - 6,01га тенг бўлганлиги аниқланди. Эхинококкоз касаллиги республиканинг барча ҳудудларида тарқалган. Касалланиш кўрсаткичи Хоразм ва Бухоро вилоятларида энг юқори, Қашқадарё, Жиззах, Навоий ва Фарғона вилоятларида касалланишнинг нисбатан юқорилиги аниқланган [1,2,4].

Тадқиқотнинг мақсади: Тошкент шаҳрида паразитар касалликлар ва эхинококкознинг тарқалганлиги ва олиб борилаётган профилактик чора-тадбирлар таҳлили.

Тадқиқот материаллари: Тошкент шаҳар Санитария Эпидемиологик Осойишталик марказининг паразитар касалликлар бўйича 2019 йилги ҳисоботлари ва эхинококкоз билан касалланиш бўйича 1998-2018

йиллардаги расмий маълумотлари. Паразитология бўлимнинг гельминтоз касалликлар бўйича амалга оширган ва назорат текширув маълумотлари.

Тадқиқот усуллари: Эпидемиологик, паразитологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари: Тошкент шаҳрида паразитар касалликларга қарши олиб борилган профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирлар самарадорлиги туфайли 2019 йилда айрим паразитар касалликлар канали қайталама терлама, трихоцефалёз учрамади. Безгак касаллиги эса 1 та ҳолат қайд этилган бўлиб, беморга эпидемиологик суриштирув ва қон текширувлари натижаларига асосланиб, Ҳиндистондан олиб келинган тропик безгак деб ташхис қўйилган.

2019 йил безгак касаллиги бўйича нохуш ҳудудлардан келган 2514 нафар шахс безгакка лаборатор текширилган ва диспансер назоратига олинган. Тошкент шаҳар ва туман СЭОМларининг паразитологик лабораториялари ва даволаш профилактика муассасалари клиник диагностик лабораторияларида безгакни лаборатор диагностикасини мониторинг қилиш учун 5145та қон препаратлари назорат текшируви ўтказилган.

2019 йил давомида 676070 нафар аҳоли гельминтозларга лаборатор текширилиб, улардан 496823 нафари 14 ёшгача бўлган болалардир. Жами 8202 нафар аҳолида, шу жумладан 7928 нафар 14 ёшгача бўлган болалар ўртасида гельминтоз касалликлари аниқланган. Умумий зарарланиш кўрсаткичи 1,21%га тенг бўлиб, 14 ёшгача бўлган болалар орасида эса 1,59%ни ташкил этган.

Гельминтозлар билан зарарланиш кўрсаткичлари орасидан энг кўп улушини энтеробиозлар ташкил қилиб 98,9%га тенг бўлган ҳолда, болалар ўртасида - 99,5%, аскаридоз 0,7%, гименолепидоз 0,19% ва бошқа гельминтозлар 0,21%ни ташкил қилган.

Тошкент шаҳрида 2019 йил 5 нафар (ҳар 100000 аҳолига нисбатан кўрсаткич - 0,2), шу жумладан болалар орасида 2 нафар эхинококкоз касаллиги билан оғриган бемор аниқланган. 2018 йилда эса 6 нафар бемор аниқланган. Жами 5 нафар бемордан 4 нафарида жигар эхинококкози, 1 нафарида жигар - ўпка аралаш тури кузатилган. Эхинококкоз ташхиси 4 та ҳолатда УТТ+МРТ, 1та ҳолатда МСКТ усуллари билан аниқланган. Рўйхатга олинган барча беморлар уйларида ит сақламаганлиги аниқланган.

2015 йилдан 01.01.2020 йилгача бўлган 5 йиллик ҳолатига кўра 44 нафар эхинококкоз билан даволанганлар диспансер назоратига олинган. Яшаш жойи бўйича даволаш профилактика муассасаларида қон ва сийдикнинг умумий ва биокимёвий таҳлиллари, ултратовуш, рентгенография текширувлар ва жарроҳ назорати ўтказилган.

Тошкент шаҳар ветеринария хизмати маълумотларига кўра, бозор санитария экспертиза лабораториялари томонидан 71905та йирик шохли моллар, 9412та чўчка таналари, қушхоналарда 12425 йирик шохли мол таналари текширилган, финна, хўкиз ва чўчка тизмалари билан зарарланиш ҳолатлари аниқланмаган.

Уй хўжалиқларининг шаҳар ветеринария-санитария назорати хизмати томонидан 62096та ит аниқланган ва рўйхатдан ўтказилган, ҳар чорақда барчаси цестодозларга қарши профилактик дегельминтизация қилинган. Копрологик текширувдан 6314та ит кўрилиб, эхинококк тухумлари аниқланмаган.

Тошкент шаҳар ветеринария хизмати маълумотларига кўра санитария-экспертиза текширувлари натижасида 4468 кг мол ички органлари эхинококк билан зарарланганлиги аниқланиб, утилизация қилинган.

Таҳлилнинг дастлабки йили - 1998 йилда 34 нафар эхинококкоз билан касалланганлар аниқланган ва таҳлил этилаётган йиллар мобайнида энг юқори кўрсаткич 1999 йилда кузатилиб касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 2,15 ташкил қилган. Таҳлил этилган 21 йил ичида Тошкент шаҳрида жами 511 нафар касалланганлар аниқланган бўлиб, касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига нисбатан 0,2 дан 2,15 оралиғида бўлган. 2014 йилдан бошлаб пасайиш тенденцияси кузатилиб, 2018 йилга келиб касалланганлар сони 6 нафарни ташкил қилган.

Эхинококкоз бўйича эпидемиологик вазиятни яхшилашда асосий ролни кенг қамровли профилактик чора тадбирлар эгаллайди. Кўпгина давлатларда қорамол ва итларни санация қилишга асосланган профилактик дастурлар қабул қилинган, бу эса шубҳасиз ижобий силжишларга олиб келади.

Эхинококкозга қарши ўтказилаётган чора-тадбирлар маълум даражада ўз самарадорлигини намойён этаётган бўлса ҳам уни етарли даражада деб бўлмайди. Бундай ҳолатни Республикамиз ва Тошкент шаҳри аҳолиси орасида касалликнинг йилдан йилга турғун ҳолатда қайд этиб турилганлиги, унинг аксарият ҳолларда сурункали тус олиши ва нохуш асоратларга, ногиронликка олиб келиши тасдиқлайди.

Касалликнинг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш учун эпидемиологик таҳлил усуллари қўлланилди. Тошкент шаҳрида 1998-2018 йиллар давомида рўйхатга олинган эхинококкоз касаллигининг таҳлили касалланиш кўрсаткичининг ҳар 100 минг аҳолига 0,2 дан 2,5 гача бўлганлигини кўрсатади (жадвал).

жадвал
Тошкент шаҳрида эхинококкоз билан касалланиш кўрсаткичи 1998-2018 йиллар

Йиллар	Касалланганлар сони	100 минг аҳолига нисбатан касалланиш кўрсаткичи
1998	34	1,59
1999	46	2,15
2000	41	1,92
2001	31	1,44
2002	20	0,94
2003	23	1,08
2004	16	0,75
2005	25	1,17
2006	27	1,26

2007	38	1,61
2008	26	1,22
2009	19	0,9
2010	33	1,5
2011	35	1,56
2012	20	0,9
2013	21	0,9
2014	17	0,7
2015	17	0,7
2016	10	0,4
2017	6	0,2
2018	6	0,2

Таҳлилнинг дастлабки йили – 1998 йилда 34 нафар эхинококкоз билан касалланганлар аниқланган ва таҳлил этилаётган йиллар мобайнида энг юқори кўрсаткич 1999 йилда кузатилиб касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 2,15 ташкил қилган. Таҳлил этилган 21 йил ичида Тошкент шаҳрида жами 511 нафар касалланганлар аниқланган бўлиб, касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига нисбатан 0,2 дан 2,15 оралиғида бўлган. 2014 йилдан бошлаб пасайиш тенденцияси кузатилиб, 2018 йилга келиб касалланганлар сони 6 нафарни ташкил қилган.

Эхинококкоз бўйича эпидемиологик вазиятни яхшилашда асосий ролни кенг қамровли профилактик чора тадбирлар эгаллайди. Кўпгина давлатларда қорамол ва итларни санация қилишга асосланган профилактик дастурлар қабул қилинган, бу эса шубҳасиз ижобий силжишларга олиб келади.

Хулоса

1. Тошкент шаҳри аҳолиси орасида гельминтозлар кенг тарқалган. Аҳолининг турли қатламлари ва айниқса болалар ўртасида санитария-тарғибот тадбирларини кучайтириш, бунда кенг жамоатчилик ва маҳалла фаолларини жалб этиш катта аҳамиятга эга. Бунинг учун уюшган болалар жамоалари (мактабгача таълим муассасалари, мактаб ва б.лар)да касалликни профилактикаси бўйича суҳбатлар, маърузалар ташкил этиш, диктантлар ўтказиш таклиф этилади.

2. Ўзбекистон Республикасининг барча ҳудудларида шу жумладан Тошкент шаҳрида эхинококкоз тарқалган. Тошкент шаҳрида эхинококкоз билан касалланиш кўп йиллик динамикасида камайиш тенденцияси кузатилган. Эхинококкоз касаллиги кўпроқ маиший-мулоқат йўли билан юқиши, касаллик асосан итлардан ва яхши ювилмаган кўкатлардан юқиши аниқланди.

3. Эхинококкозга қарши курашишда халқнинг санитария онгини ошириш муҳим аҳамиятга эга.

Бунда аҳолига итлар билан эҳтиёт бўлиб алоқада бўлиш, болаларни итлар билан ўйнашларига йўл қўймаслик, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишни тушунтириш лозим.

Адабиётлар

1. Абдиев Т.А., Сувонкулов У.Т., Коваленко Д.А., Абдиев Ф.Т., Арзиев Х.Ю. Распространенность гельминтозов в Узбекистане // проблемы биологии и медицины.-Самарканд 2014, №3 (79). С. 16-17.

2. Абдиев Т.А., Махмудова Л.Б., Саидахмедова Д.Б., Раббимова Н.Т. /Новые подходы к ранней диагностике эхинококкоза / Проблемы биологии и медицины.-Самарканд, 2018.-С.5

3. Дарченкова Н.Н. Современная ситуация по распространению аскаридоза в Российской Федерации // Мед. паразитол. 2006. № 4. С. 40–43.

4. Расулов Ш.М., Матназарова Г.С. Ўзбекистонда эхинококкознинг тарқалганлиги ва унинг профилактикасини такомиллаштириш. Инфекция, иммунитет и фармакология.-Тошкент.- 2019. №5.-С. 192-198.

5. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. (ред.). Паразитарные болезни человека. Фолиант. Санкт-Петербург. – 2011. – 608б.

6. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. Москва. Изд. «Династия», 2016. 287с.

7. Aliyali M., Badali H., Shokohi T. et al. Coinfection of pulmonary hydatid cyst and aspergilloma: case report and systematic review // Mycopathologia. 2016. Vol. 181, N 3–4. P. 255–265.

8. Bethony J., Brooker S., Albonico M. Soil-transmitted helminth infections: ascariasis, trichuriasis, and hookworm // Lancet. 2006. Vol. 367, N 9521. P. 1521–1532.

9. Sniedze L., Andrejs I., Aleksejs D., Ludmila V. Cystic echinococcosis: epidemiological and clinical aspects of latvian population and review of the literature. Eksperimentālānaia I Kliničeskāia Gastroenteroloģiia = Experimental & Clinical Gastroenterology [Eksp Klin Gastroenterol] 2015 (7), pp. 24-30.

ТОШКЕНТ ШАҲРИДА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ВА ЭХИНОКОККОЗНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

¹Расулов Ш.М., ²Матназарова Г.С., ³Миртазаев О.М., ⁴Кадирова З.А., ⁵Миртазаева Н.А.

Тошкент шаҳар Санитария эпидемиология осойишталиги марказининг паразитар касалликлар ва эхинококкоз бўйича 2019 йилги расмий ҳисоботлари, Тошкент шаҳрида паразитар касалликларга қарши олиб борилган профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирлар баён этилган. Тошкент шаҳрида эхинококкознинг 1998-2018 йиллардаги касалланиш кўрсаткичи таҳлил қилинган.

Калит сўзлар: *гельминтозлар, болалар, эхинококкоз, эндемик, сурункали кечиши, касалланиш, кўп йиллик таҳлил, эпидемиология, профилактика.*

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККЭКТОМИЕЙ ПЕЧЕНИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID – 19

Рузибаев Р.Ю., Рузматов П.Ю., Якубов Ф.Р., Сапаев Д. Ш., Рузметов Б. А.

COVID-19 ЎТКАЗГАН ЖИГАР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Рузибаев Р.Ю., Рузматов П.Ю., Якубов Ф.Р., Сапаев Д. Ш., Рузметов Б. А.

FEATURES OF POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH LIVER ECHINOCOCCOSTOMY WHO UNDERWENT COVID 19

Ruzibaev R.Yu., Ruzmatov P.Yu. , Yakubov F.R., Sapaev D. Sh., Ruzmetov B.A

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Эндемик худудларда эхинококкоз кистози билан инсонларнинг касалланиш кўрсаткичи йилига 100000 одамга 50 нафардан ошади, Аргентина, Перу, Шарқий Африка, Марказий Осиё ва Хитойнинг баъзи қисмларида тарқалиш даражаси 5-10% га етади. 2020 йил майдан 2020 йил октябргача бўлган муддатда жигар эхинококкози билан ташхисланган ва даволанган беморлар натижаларининг таҳлили ўтказилди. Умумий беморлар сони 21 нафарни ташкил қилди. Стационар шароитда олдин SARS-CoV-2 коронавирусини ўтказган эхинококкоз бўйича даволанган беморларнинг таҳлили қилинди. Жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар асосий гуруҳ беморларнинг 2 (0,25%) нафаридан кузатилди, яъни носпецифик асорат - ўнг томонлама базал плеврит, таққослаш гуруҳида эса асоратлар бўлмади. SARS-CoV-2 коронавирус инфекцияси билан олдин касалланган беморларда жигар эхинококкэктомиясидан кейинги даврда стационар шароитда беморларда бронх – ўпка асоратларнинг олдини олишга қаратиш ва антибиотикларнинг охириги авлодини комбинациялашган ҳолатда бериш керак.

Калит сўзлар: жигар эхинококкози; эхинококкэктомия усули; SARS-CoV-2 коронавируси; антибактериал терапия.

In endemic areas incidence rates of cystic echinococcosis can increase 50 per 100,000 people per year, and in parts of Argentina, Peru, East Africa, Central Asia, and China, prevalence rates can be as high as 5-10%. The analysis of the results of treatment of patients with liver echinococcosis for the period from May 2020 to October 2020 was carried out. The observation volume was 21 patients with liver echinococcosis. Patients who had been SARS-CoV-2 coronavirus and were hospitalized for liver echinococcosis were analyzed. Postoperative complications were observed in 2 (0.25%) patients of the main group, i.e. right-sided basal pleuritis was a nonspecific complication; there were no complications in the comparison group. Patients with pre-existing SARS-CoV-2 coronavirus infection should focus on the prevention of broncho - pulmonary complications in a hospital setting in the postoperative period after liver echinococcectomy, and the latest generation of antibiotics should be prescribed in combination.

Key words: liver echinococcosis; echinococcectomy method; coronavirus SARS-CoV-2; antibiotic therapy.

Актуальность проблемы

Кистозный эхинококкоз распространен во всем мире и обнаруживается на всех континентах, кроме Антарктиды. В эндемичных районах показатели заболеваемости людей кистозным эхинококкозом могут превышать 50 на 100000 человек в год, а в некоторых частях Аргентины, Перу, Восточной Африки, Центральной Азии и Китая уровни распространенности могут достигать 51%.

Лечение как кистозного, так и альвеолярного эхинококкоза часто бывает дорогим и сложным и может требовать обширных хирургических вмешательств и/или длительной лекарственной терапии. Существует четыре варианта лечения кистозного эхинококкоза:

- чрескожное лечение гидатидных кист с использованием методики ПАИР (пункция, аспирация, инъекция, реаспирация);
- хирургическое вмешательство;
- терапия противоинфекционными препаратами;
- наблюдение [10].

Как известно, эхинококковая болезнь поражает организм человека в очень тяжелых формах и практически все органы и ткани [2]. С другой стороны, трудности в ранней

диагностике, позднее обращение пациентов к врачу, когда имеются осложнения в виде прорыва эхинококковых кист, а также применение, в основном, хирургических вмешательств, определяют особенности, которые отличают этот паразит от других гельминтозов человека [2].

За последние годы отмечается значительный рост заболеваемости эхинококкозом, причем количество больных с осложненными формами достигает 5 – 40% [8]. Чаще всего поражается печень, примерно в 31 – 92% случаев, реже – легкие, редко – другие органы. Летальность достигает 1,7 – 4,4%, количество послеоперационных осложнений – 5,4 – 57,8% [4].

Внедрение достижений научно-технического прогресса в современную медицину способствовало появлению новых методов лечения эхинококкоза, одним из которых является ультразвуковая кавитация (УЗК). Однако и этот метод изучен недостаточно. Поэтому изучение комплексного воздействия химических и физических способов интраоперационной профилактики рецидивов эхинококкоза представляется острой и актуальной задачей. Успехи лечения больных с эхинококкозом могут быть достигнуты при ранней диагностике, своевремен-

ном оказании квалифицированной хирургической помощи, адекватных профилактических мероприятиях [3].

Коронавирусы широко распространены в природе и являются причинами различных простудных заболеваний (до 25%). Большинство из них вызывают вирусную инфекцию, не наносящую серьезного вреда здоровью, но некоторые, такие как SARS-CoV (severe acute respiratory syndrome coronavirus - коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома) и приводят к развитию тяжелого респираторного синдрома с высокой летальностью [7].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название SARS-CoV-2-инфекции, — COVID-19 («CoronaVirus Disease 2019» - заболевание, вызванное новым коронавирусом 2019). Летальность от этой инфекции составляет 0,5-3% [5].

Прогрессирование COVID-19 определяется диффузным альвеолярным повреждением с образованием гиалиновых мембран, развитием отека легких. Гистологическая картина легких при аутопсии характеризуется организацией альвеолярных экссудатов и интерстициальным фиброзом, образованием гиалиновых мембран, наличием интерстициальных мононуклеарных воспалительных инфильтратов, многочисленных микротромбов фибрина, выраженным отеком, гиперплазией и очаговой десквамацией альвеолоцитов II типа, значительным содержанием макрофагов с вирусными включениями в альвеолярном экссудате. В более пораженных областях наблюдается кровоизлияние, некроз, геморрагический инфаркт [10].

В ранее проведенных исследованиях было установлено, что SARS-CoV и MERS-CoV вызывают повреждение печени у инфицированных пациентов [11].

При COVID-19 также были обнаружены отклонения в функциональном состоянии печени, которые ассоциировались с прогрессированием и тяжестью инфекционного процесса [6].

Механизмы повреждения печени при COVID-2019 малоизучены. Среди возможных факторов повреждения

рассматривается вирус-индуцированное влияние, системное воспаление («цитокиновый шторм»), гипоксия, гиповолемия, гипотония при шоке, лекарственная гепатотоксичность и др.

Для сдерживания распространения SARS-CoV-2 и COVID-19 по-прежнему требуются ограничительные меры. Для всех стран мира пандемия имеет далеко идущие медико-социальные и экономические последствия («коронакризис»). Сегодня профессиональные и личные действия каждого из нас должны быть направлены на борьбу с этой угрозой [1].

Материалы и методы. Фундаментом исследования послужили результаты диагностики и лечения 21 больного с эхинококкозом печени (ЭП) на базе кафедры общей хирургии, травматологии и ортопедии Ургенчского филиала ТМА за период с мая 2020 г. по октябрь 2020 г. Статистическая обработка материала проводилась на компьютере Pentium IV с использованием прикладных программ MS Office Excel for Windows XP. Вычислялась средняя арифметическая (M), её ошибка (m), среднее квадратичное отклонение (σ), достоверность отличий устанавливалась с помощью критериев Стьюдента-Фишера (t).

Все пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе было 8 пациентов, в группе сравнения - 13 пациентов. Пациенты основной группы были инфицированы коронавирусом SARS-CoV-2 до госпитализации, по данным тестов PtsR и IFA. Обе группы пациентов были диагностированы с первичным эхинококкозом печени на основании анализа результатов хирургического лечения. Возраст пациентов от 33 до 58 лет.

Гнойные эхинококковые кисты наблюдались у 2 (0,25%) пациентов основной группы, неосложненные эхинококковые кисты - у 6 (0,75%). У 4 (30,8%) пациентов в группе сравнения были гнойные эхинококковые кисты, а у 9 (69,2%) пациентов - неосложненные эхинококковые кисты (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по группам и характеру операции

Методика	Неосложненный эхинококкоз		Осложненный эхинококкоз		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная группа						
Обработка остаточной полости 5% йодом, 70% этилом спиртом	6	100,0	2	100,0	8	100,0
Ультразвуковая кавитация фиброзной капсулы	6	71,2	2	90,6	8	74,3
Ушивание (полное или частичное) остаточной полости	6	82,4	2	71,9	8	80,7
Группа сравнения						
Обработка остаточной полости 5% йодом, 70% этилом спиртом	9	100,0	4	100,0	13	100,0
Ультразвуковая кавитация фиброзной капсулы	9	71,2	4	90,6	13	74,3
Ушивание (полное или частичное) остаточной полости	9	82,4	4	71,9	13	80,7

Пациентам проводился общий анализ крови, мочи и фекалий, биохимический анализ и инструментальные исследования, в том числе абдоминальная УТТ, МСКТ, рентгенография грудной клетки.

В обеих группах пациентам после эхинококкэктомии печени обработали фиброзную полость капсулы 5% раствором йода, 70% раствором этилового спирта, затем 0,02%.

Ультразвуковая кавитация проводилась с использованием раствора декасана.

После эхинококкэктомии печени пациентам вводили комбинацию антибиотиков последних поколений и одновременно по 1,0 мл раствора дексаметазона утром и вечером в течение 3 дней. Правосторонняя плевральная пункция выполнялась у наблюдаемых пациентов с правосторонним базальным плевритом.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ проведен с учетом репрезентативного разделения между основной группой пациентов, которым выполнены различные виды ликвидации ОП с учетом их предварительной обработки антисептиком в сочетании с УЗК, и группой сравнения, пациентам которой проводились с инфекции коронавирусом SARS-CoV-2.

Проводились такие сравнения в следующих группах пациентов, которые включили: продолжительность периода интубации трахеи, количество вдохов, показатель сатурации (SpO₂), продолжительность контрольной дренажной трубки в брюшной полости и длительность выделения из нее, дни пребывания в стационаре.

Период интубации трахеи составил 90,6 мин в основной группе пациентов, 70,8 мин в группе сравнения пациентов, количество вдохов 26±2,0 раза в минуту в основной группе пациентов, 22±2 раза в группе сравнения пациентов, индекс сатурации был в основной группе пациентов. SpO₂ составил 95±1,0 и 98±1,0 в группе сравнения пациентов.

Суточный объем экскреции в брюшной контрольной пробирке составлял 50-100 мл в основной группе, 25-50 мл в группе сравнения, время удаления контрольной трубки составляло 10 ± 1 день в основной группе и 7±1 день в группе сравнения. Количество дней госпитализации в основной группе больных после эхинококкэктомии печени составило 12±2, в группе сравнения - 7±1 сут.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 2 (0,25%) больных основной группы, т.е. неспецифическим осложнением был правосторонний базальный плеврит, в группе сравнения осложнений не было.

Таким образом, у пациентов основной и сравнительной групп исследование состояния пациентов после эхинококкэктомии печени интерпретировалось следующим образом: продолжительность интубации трахеи длилась дольше в основной группе, в то время как в группе сравнения наблюдалась как обычно, количество вдохов увеличилось на 3-4 в основной группе. индекс насыщения (SpO₂) в группе сравнения показал близкие к норме значения, в то время как индекс насыщения снизился в основной группе. Поскольку пациенты с коронавирусной инфекцией имели пневмонию и подвижность диафрагмы была относительно ограниченной, количество выделений из дренажной трубки и их продолжительность в брюшной полости длились дольше, чем в исходной группе пациентов. В соответствии с указанными выше показателями продолжительность госпитализации в основной группе пациентов на 4-6 дней больше, чем в группе сравнения.

Выводы

1. Пациентам с ранее существовавшей коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 следует сосредоточиться на профилактике бронхо-легочных осложнений в условиях стационара в послеоперационном периоде после эхино-

коккэктомии печени, причем антибиотики последнего поколения следует назначать в комбинации.

2. Гормональную терапию следует проводить больным COVID-19 в течение 3 дней после операции с учетом продления стационарного периода в послеоперационном периоде.

Литература

1. Ильченко Л.Ю., Никитин И.Г., Федоров И.Г. COVID-19 и поражение печени. Архив внутренней медицины • № 3 • 2020. doi: 10.20514/2226-6704-2020-10-3-188-197.

2. Шевченко Ю. Л., Назыров Ф. Г. Хирургия эхинококкоза. М.: Династия 2016., - С. 288.

3. Тактические аспекты хирургического лечения эхинококкоза печени и селезенки / Х.А. Акилов, Б.Я. Артыков, М.М. Акбаров, Ж.Б. Артыков // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т. 10, № 2. - С. 97.

4. Amado-Diago, C.A., Gutiérrez-Cuadra, M., Armiñanzas, C., Arnaiz de Las Revillas, F., Gómez-Fleitas, M., Fariñas, M.C. Echinococcosis: A 15-year epidemiological, clinical and outcome overview // Revista Clinica Espanola. - 2015, Vol. 215(7), P. 380-384.

5. Chen N., Zhou M., Dong X. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020; 395(10224):507-13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7.

6. Guan W-J., Ni Z-Y., Hu Y. et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. N Engl J Med. 2020;382:1708-20. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. 8

7. Guarner J. Three Emerging Coronaviruses in Two Decades The Story of SARS, MERS, and Now COVID-19. Am.J. Clin. Pathol. 2020; 153: 420-1. doi: 10.1093/AJCP/AQAA029

8. Gulalp, B., Köseoğlu, Z., Toprak, N., Satar, S. Ruptured hydatid cyst following minimal trauma and few signs on presentation // Neth J. Med.2007. Vol. 65(3). P.117-118. 12

9. Meeting of the WHO Informal Working Group on Echinococcosis (WHO-IWGE), Geneva, Switzerland, 15-16 December 2016. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017 (WHO/HTM/ NTD/NZD/2017.01). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

10. Rothan H.A., Byrareddy S.N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. J. Autoimmun. 2020; 109:102433. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433. 6

11. Xu L., Liu J., Lu M. et al. Liver injury during highly pathogenic human coronavirus infections. Liver Int. 2020;40(5):998-1004. doi: 10.1111/liv.14435.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККЭКТОМИЕЙ ПЕЧЕНИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID – 19

Рузибаев Р.Ю., Рузматов П.Ю., Якубов Ф.Р., Сапаев Д. Ш., Рузметов Б. А.

В эндемичных районах показатели заболеваемости людей кистозным эхинококкозом могут превышать 50 на 100000 человек в год, а в некоторых частях Аргентины, Перу, Восточной Африки, Центральной Азии и Китая уровни распространенности могут достигать 510%. Проведен анализ результатов лечения больных с эхинококкозом печени за период с мая 2020 г. по октябрь 2020 г. Объем наблюдения составил 21 больного эхинококкозом печени. Проанализированы больные, переболевшие коронавирусом SARS-CoV-2, находившиеся на стационарном лечении по поводу эхинококкоза печени. Послеоперационные осложнения наблюдались у 2 (0,25%) больных основной группы, т.е. неспецифическим осложнением был правосторонний базальный плеврит, в группе срав-

нения осложнений не было. Пациентам с ранее существовавшей коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 следует сосредоточиться на профилактике бронхо-легочных осложнений в условиях стационара в послеоперационном периоде после эхинококкэктомии

печени, причем антибиотики последнего поколения следует назначать в комбинации.

Ключевые слова: эхинококкоз печени; метод эхинококкэктомии; коронавирус SARS-CoV-2; антибиотикотерапия.

МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАР САЛОМАТЛИГИГА АТМОСФЕРА ҲАВОСИНИНГ ТАЪСИРИ

Садуллаева Х.А., Саломова Ф.И., Шеркўзиева Г.Ф., Азимова М.

ВЛИЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Садуллаева Х.А., Саломова Ф.И., Шеркўзиева Г.Ф., Азимова М.

IMPACT OF ATMOSPHERIC AIR ON THE HEALTH OF PRESCHOOL CHILDREN

Sadullaeva Kh.A., Salomova F.I., Sherkuzieva G.F., Azimova M.

Тошкент тиббиёт академияси

Исследована взаимосвязь между здоровьем детей и загрязнением атмосферного воздуха. В экологически неблагоприятном районе заболеваемость детей дошкольного возраста оказалась выше, чем в экологически чистом районе. Выявлены существенные корреляционные связи между заболеваемостью хроническим бронхитом и выбросами вредных веществ в атмосферу. Количество детей в III группе здоровья, то есть детей с хроническими заболеваниями в стадии компенсации, было значительно выше среди детей дошкольных учреждений Сергелийского района, где уровень загрязнения воздуха был выше.

Ключевые слова: атмосферный воздух, дошкольное учреждение, группа здоровья, индекс здоровья, органы дыхания, ОРВИ, взвешенные вещества.

The relationship between the health of children and air pollution has been studied. In an ecologically unfavorable area, the incidence of preschool children was higher than in an ecologically clean area. Revealed significant correlations between the incidence of chronic bronchitis and emissions of harmful substances into the atmosphere. The number of children in health group III, that is, children with chronic diseases in the stage of compensation, was significantly higher among children of preschool institutions in the Sergeli region, where the level of air pollution was higher.

Key words: atmospheric air, preschool institution, health group, health index, respiratory organs, suspended matter.

Аҳоли саломатлиги атроф муҳит сифатини интеграл кўрсаткичи сифатида намоён бўлади. Кўп сонли тадқиқотлар шундан гувоҳлик берадики, ифлосланган ҳудудларда касалланишни юзага келиш хавфи “тоза” ҳудудларга нисбатан юқоридир. Атроф муҳитни ифлосланиши билан юзага келадиган “хавф” касалликларига: хавфли ҳосилалар, асаб тизими, юқори нафас йўллари, овқат ҳазм қилиш органлари касалликлари, айирув тизими, тери ва тери ости клетчаткаси, ривожланган туғма нуқсонлари киради [1, 2].

Атроф муҳитнинг экологик ноҳушлигини ёрқин маркери бўлиб биринчи навбатда нафас органлари патологиялари ҳисобланади. Улар аҳолининг барча гуруҳлари орасидаги бирламчи касалланиш тузилмасида етакчи ўринни эгаллайди ва кўплаб шаҳарларида касалликларни олдини олиш муаммосини ташкил этади. Атроф муҳитни ифлосланиши ва нафас органлари касалликларини тарқалиши ўртасидаги Россиянинг 4 шаҳрида ўтказилган корреляцион боғлиқликни таҳлили, шу нарсани аниқлашга имкон бердики, атмосфера ҳавосини ҳар 100 мкг/м³ г ифлосланиши, касалланишни 14%га ортишига олиб келади [3, 4, 5]. Ҳавони ифлосланиши юқори нафас йўллари-нинг ўткир ва сурункали номахсус касалликлари, сурункали бронхит, ўпкалар эмфиземаси, бронхиал астма, ўпканинг хавфли ўсмаси каби ҳолатларни юзага келиши ва уларнинг кечишини оғирлашишига сабаб бўлади. Мазкур патологиялар бўйича хавф гуруҳи бў-

либ, болалар ҳисобланади, улардаги бирламчи касалланиш катта ёшдаги аҳолини касалланиш даражасидан ўртача 5 мартаба юқори бўлади. Шаҳарларда истиқомат қиладиган болалар, қишлоқ шароитида истиқомат қиладиган болаларга нисбатан солиштирилганда ўртача 1,7 марта кўпроқ нафас органи касалликларидан азият чекадилар.

Аксарият таҳлил қилинадиган кимёвий моддалар бутун организм ва турли тизимлар учун юқори заҳарлилик билан тавсифланади. Азот икки оксиди биологик фаол модда бўлиб ҳисобланади ва нафас тизим функциясига айниқса аҳолининг сезгир гуруҳларига салбий таъсир кўрсатади; олтингургурт икки оксиди респиратор касалликлар кечишини оғирлаштиради; углерод оксиди – бу кумулятив заҳар бўлиб, умуман организмга нобуд қилувчи таъсир кўрсатади. Атмосфера ҳавосида олтингургурт водород миқдорининг юқори даражаси болалар аҳолисининг саломатлик ҳолатини сезиларли ўзгаришлари - тез-тез оғрийдиган болалар ва баркамол бўлмаган жисмоний ривожланишдаги болалар сонини ортиши аниқланади. Болаларнинг умумий касалланиш кўрсаткичлари ва атмосфера ҳавосида олтингургурт водород концентрацияси ўртасида статистик ишончли алоқа аниқланади [3]. Аммиакни узоқ вақт таъсир этиши натижасида сурункали бронхит ривожланади [4]. Фенол асаб тизимини шикастлантиради, оғиз бўшлиғи, бурун-ҳалқум, юқори нафас йўллари, меъда ичак тизими шиллиқ қа-

ватларига таъсирлантирувчи таъсир кўрсатади [5]. Тутуннинг майда дисперсли заррачалари, чанг заррачалари юқори нафас йўллари ва ўпкаларда чўкади, шунинг учун уларнинг сурункали таъсири натижасида болаларда ҳам, катта ёшли аҳолида ҳам бронхит билан касалланиш ҳолатларининг сони ортади [11-13].

Тошкент шаҳри аҳолиси учун ҳам нафас тизими касалликлари долзарбдир. Шаҳар аҳолиси касалланишининг умумий тузилмасида бу касаллик биринчи ўринни эгаллайди, бунда болаларда ушбу касаллик бошқа ёш гуруҳларига нисбатан кўпроқ қайд этилади. Сергели туманида нафас тизими касалликларининг даражаси сўнгги йилларда шаҳарнинг бошқа туманларига нисбатан сезиларли даражада юқоридир.

Ушбу тадқиқотларнинг мақсади бўлиб, Тошкент шаҳрининг икки туманида истиқомат қилувчи мактабгача ёшдаги болалар саломатлигига атмосфера ҳавосининг ифлосланишининг салбий таъсирини ўрганиш ҳисобланади.

Мақсадга эришиш учун икки йил давомида Тошкент шаҳридаги икки – Сергели ва Яккасарой туманларидаги атмосфера ҳавосини баъзи ифлослантирувчи моддаларни миқдорини баҳолаш ва мактабгача таълим муассасаларидаги (МТМ) болаларнинг касалланишини таҳлили ўтказилди. Ҳар бир мактабгача таълим муассасаларида 34 ёшдан 7 ёшгача бўлган (Сергели туманида -105; Яккасарой туманида – 114та) болалар текширишдан ўтказилди. Илмий изланишнинг бутун даврида 219 нафар бола иштирок этган бўлиб, улардан 111 нафари қизлар, 108 нафари ўғил болаларни ташкил этди. Текширилувчиларнинг ёш тоифасини танлаб олиш (3-7 ёш) шу билан боғлиқки, одамлар популяцияси-

нинг айнан шу қисми атроф муҳит ўзгаришига энг сезгирдир. Хатто бўсаға ости даражасида бўлган ифлослантирувчи моддаларни болалар организмига кўрсатадиган таъсирига бола организмнинг жавоб реакцияси катталар организми реакциясидан сезиларли фарқ қилади. Улар бўладиган муҳит билан бевосита боғлиқ бўлади ва ишлаб чиқариш ҳамда зарарли одатлар сабабли юзага келдиган ўзгаришлар билан (баъзида катталарда бўлганидек) ниқобланмайди. Касалланиш маълумотномалар ва болаларнинг шахсий картасидан олинган кўчирма (026 ҳ/ш) орқали ўрганилди. Натижада иккита энг кўп учрайдиган нозологиялар – ЎРВИ ва ўткир бронхит ажратилди. Бизлар касалланиш даражаси, касалликлар сони ва давомийлиги, шунингдек болалардаги саломатлик индекси ва боланинг саломатлик гуруҳларини ўргандик. Олинган натижалар Microsoft Office Excel ва “Statistica” пакетлари ёрдамида статистик қайта ишланди.

Сергели тумани Тошкент шаҳрининг жанубий-ғарбий ҳудудида жойлашган. Унда 722 та атроф муҳитни стационар ифлослантирувчи манбалар жойлашган. Йилнинг совуқ даврида атмосфера ҳавосини ифлослантирувчи муҳим манба бўлиб, қозонхоналар (65 объект), шунингдек хусусий сектордаги печлар бўлиб ҳисобланади [6].

Тошкент шаҳрининг Сергели ва Яккасарой туман санитар эпидемиологик назорат марказларининг санитар – кимёвий лаборатория маълумотлари асосида мазкур туманлар атмосфера ҳавоси сифатини баҳолаш ўтказилди. Олтингугурт икки оксиди, олтингугурт водород, азот оксиди, фенол ва унинг ҳосилалари, муаллақ моддалар, аммиак, цианидлар миқдори ва манбалари ўрганилди (1-жадвал).

1-жадвал

Тошкент шаҳар атмосфера ҳавосига ташланаётган ифлослантирувчи манбаларнинг миқдори (2018-2019 й.й) (минг тонна/йилга ҳисобида).

2018 йил			2019 йил		
Транспорт	Ишлаб чиқариш	Жами	Транспорт	Ишлаб чиқариш	Жами
28,31	36,15	64,66	28,60	38,00	70,00

Атмосфера ҳавоси текширилган туманларида аниқланган моддаларнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, олтингугурт икки оксиди, олтингугурт водород, азот оксиди, фенол ва унинг ҳосилалари, муаллақ моддалар ва цианид Сергели туманида Яккасарой туманига нисбатан ишончли юқори ($p < 0,05$) бўлди, фақат Яккасарой тумани атмосфера ҳавоси таркибидаги бенз(а)пирен миқдорини юқорилиги билан намоён бўлади ($p < 0,05$). Бу Яккасарой тумани атмосфера ҳавосини ифлослантирувчи асосий манба автотранспорт эканлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

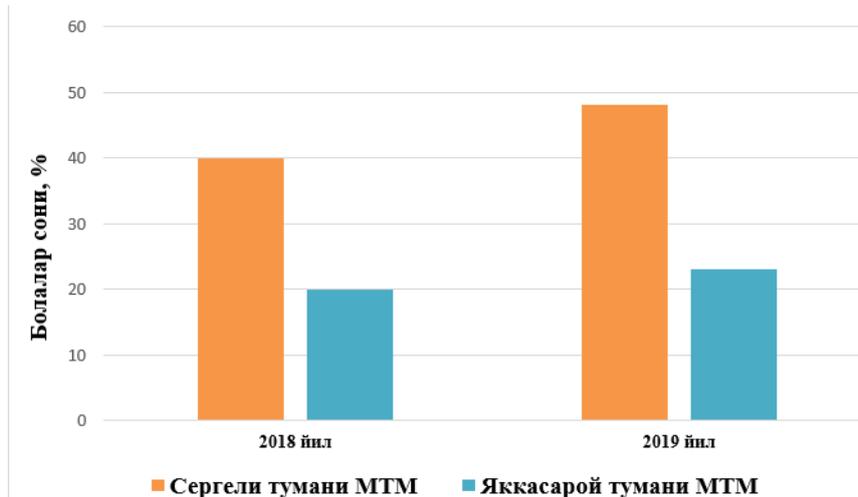
Атмосфера ҳавосини ифлосланиш даражасини объектив баҳолаш учун атмосфера ҳавосини 7 та поллютантлар билан ифлосланиш индексини ҳисоблаш ўтказилди. 2018-2019 йиллар орасида ифлосланиш индексини катталиги Сергели тумани атмосфера

ҳавосини ифлосланишини пасайганлик даражаси гувоҳлик беради, аммо 2019 йилдан бошлаб бу кўрсаткични ортиши кузатилди. Натижада атмосфера ҳавосининг ифлосланиш индекси Сергели туманида Яккасарой туманига нисбатан ишончли равишда юқори бўлади ($p < 0,05$). Бунда Сергели туманида ифлосланиш ўта юқори даражани, Яккасарой тумани эса юқори даражани кўрсатди.

Болалар саломатлигига атмосфера ҳавоси сифати таъсирини ўрганиш учун Сергели ва Яккасарой туманларидаги мактабгача таълим муассасалари болалари ўртасида ўткир респиратор вирусли инфекциялар (ЎРВИ) ва ўткир бронхит билан касалланишни ретроспектив таҳлили ўтказилди. Олинган маълумотлардан шу маълум бўлдики, ҳар икки туманлар болалар муассасасидаги касалланиш динамикаси бир хил, аммо экологик муҳити нохуш бўл-

ган минтақада жойлашган Сергели туманидаги мактабгача таълим муассасидаги болаларнинг ка-

салланиши юқори натижаларга эга бўлди (1-диаграмма).



1-диаграмма. ЎРВИ билан кўп ва узоқ касалланадиган болалар.

Ҳар икки мактабгача таълим муассасида тадқиқотнинг бутун даври мобайнида болаларнинг ўсиб бориши билан касалланиш ҳолатларининг сони камайиб борди. Болаларни мактабгача таълим муассасасига бориши билан уларда респиратор касалликларни юзага келиш сони янада юқори кўрсаткичларга эга бўлди, бу болани ўзи учун янги бўлган муҳитга тушиши ва организмни янги шароитга мослашиши билан боғлиқдир. 4-5 ёшдаги болалар мактабгача таълим муассасидаги шароитга мослашган бўлади, организмнинг ҳимоя кучлари унинг ўз вазифасини меъёрда бажаришига олиб келади, эҳтимол бу мазкур ёшда касаллик даражасини бошқарилишини ва уни кейинги тайёрлов гуруҳига ўтгандаги касалланиш ҳолатини пасайишини тушунтириб беради.

Текширишлар ўтказилган болалар муассасидаги болаларнинг шахсий картасини таҳлили барча текширилган болалар контингенти орасида кўп ва узоқ вақт касалланган ва кам касалланган мактабгача ёшдаги болаларни ажратиш олишга имкон берди.

Касалликлар сони ва давомийлигини қиёсий таҳлиллар шуни кўрсатдики, Сергели туманидаги мактабгача таълим муассасида тадқиқотнинг бутун даврида иштирок этган болалар ЎРВИлар билан кўпроқ ва узоқроқ оғриганлар. Ўткир бронхит билан касалланиш кўрсаткичи ҳам айнан Сергели туманидаги мактабгача таълим муассаси болалари орасида юқори эканлиги аниқланди. Бунда айнан шу тумандаги мактабгача таълим муассаси болаларида ўткир бронхит касаллигини қайта такрорланувчи, чўзилувчи турларининг қайд этилиш сони ишончли равишда юқори бўлди.

Тадқиқотда болалар гуруҳини шакллантириш босқичида тўсқинлик қилувчи омиллар (овқатланиш миқдори ва сифати, ота-оналарнинг ижтимоий маъқеи ва ҳ.) рад этилган ҳолатда шуни таъкидлаш мумкинки, бунда болаларнинг саломатлик ҳолатига таъсир этувчи етакчи омил бўлиб, айнан ўрганилган туманлардаги атмосфера ҳавоси бўлиб ҳисобланди. Болалардаги ЎРВИда бронхо-обструктив синдром-

ни юзага келиш сони ирритант ва сенсбилизацияон таъсир кўрсатадиган атмосфера ҳавосидаги кимёвий моддалар миқдори билан корреляцияга эга бўлди ($r=0,7$; $p<0,05$).

Атроф муҳит омиллари сифати таъсирини баҳолашда муҳим интеграл кўрсаткич бўлиб, саломатлик индекси ва у ёки бу индивидуумнинг саломатлик гуруҳи ҳисобланади. Тадқиқотнинг бутун даври мобайнида Сергели туманидаги мактабгача таълим муассаси болаларининг саломатлик индекси Яккасарой туманидаги мактабгача таълим муассаси болаларидан саломатлик индексидан пастлиги, атмосфера ҳавосининг сифати болалар саломатлигини шаклланишида муҳим рол ўйнашини кўрсатади.

Ўрганилган аксарият мактабгача ёшдаги болалар II ёки III саломатлик гуруҳига киритилди. Мактабгача таълим муассасида саломатликни I, IV ва V гуруҳларига кирувчи болалар амалий жиҳатдан кузатилмади. Функционал ёки унча катта бўлмаган морфологик ўзгаришлари бўлган II гуруҳидаги соғлом болалар Яккасарой туманидан тадқиқот учун танланган мактабгача таълим муассаси болалари орасида ишончли равишда юқори бўлди ($p<0,05$); III саломатлик гуруҳига кирувчи болалар сони яъни компенсацияланган ҳолатдаги болалар атмосфера ҳавосидаги ифлосланиш даражаси юқори бўлган Сергели туманидаги мактабгача таълим муассаси болалари ўртасида ишончли равишда юқори бўлди ($p<0,05$).

Шундай қилиб, олиб борилган тадқиқотлар Сергели ва Яккасарой туман мактабгача таълим муассасидаги болаларнинг саломатлик сифати бир биридан фарқ қилишидан гувоҳлик беради. Сергели туманидаги мактабгача таълим муассаси болалари ЎРВИ ва ўткир бронхит билан кўпроқ ва узоқроқ оғрийдилар, бундан ташқари мазкур муассасада саломатликнинг III гуруҳига кирувчи болалар фоизи юқори, унга мос ҳолда улардаги саломатлик индекси экологик муҳити қулай бўлган Яккасарой туманидаги мактабгача таълим муассасидаги болаларга нисбатан пастдир.

Болалар саломатлигига ифлосланган атмосфера ҳавосини кўрсатадиган таъсирини статистик тасдиқлаш учун корреляцион таҳлил ўтказилди. Таҳлил жараёнида сурункали бронхит билан касалланиш ва атмосфера ҳавосига ташланаётган зарарли моддалар ўртасида аҳамиятли корреляцион алоқалар аниқланди; олтингугурт икки оксиди билан ($r=0,78$; $p<0,05$), аммиак ($r=0,86$; $p<0,05$), фенол ва унинг ҳосилалари ($r=0,72$; $p<0,05$), олтингугурт водород ($r=0,64$; $p<0,05$), азот оксиди ($r=0,53$; $p<0,05$), муаллақ моддалар ($r=0,72$; $p<0,05$), цианидлар ($r=0,46$; $p<0,05$).

Шундай қилиб, олиб борилган тадқиқот натижалари шуни тасдиқлайдики, атмосфера ҳавосининг сифати нафас тизими органлари фаолиятида жиддий ўзгаришларни юзага келтириб, инсонларнинг саломатлик ҳолатига таъсир кўрсатади.

Адабиётлар

1. Жданова И.Г., Рябикин В.Р., Филяев В.Н. Загрязнение атмосферного воздуха г. Астрахани и заболеваемость населения болезнями органов дыхания // Состояние и основные тенденции здоровья населения регионов России в начале XXI в. – Барнаул, 2002.

2. Ляпин В.А., Оглезнев Г.А., Тиванов М.Г. Здоровье населения в крупном промышленном центре Западной Сибири. – Омск, 2004.

3. Михайлуц М.Ф. Заболеваемость детей в городе с развитой химической промышленностью при комплексном воздействии загрязненного атмосферного воздуха и почвы // Эколого-гигиенические проблемы Кузбасса. – Кемерово, 1990.

4. Карпова Е.Г., Архиреева В.А., Скачкова М.А., Куксанов В.Ф., Сурначёва Р.Н., Тарасенко Н.Ф., Лаптева Н.М. Здоровье детей дошкольного возраста в городах с разным уровнем загрязнения окружающей среды // Гигиена и санитария. – 1998. – №8.

5. Сковронская С.А., Новиков С.М., Шищенко А.А., Солонин С.А. Особенности восприятия риска здоровью различными группами населения на примере жителей г. Саяногорска // Гигиена и санитария. – 2006. – №5.

6. Город на заре: путеводитель по г. Заринску Алтайского края. – Барнаул, 1989.

7. Ревич Б.А., Гурвич Е.Б., Прохоров Б.Б. Региональные и локальные проблемы химического загрязнения окружающей среды и здоровья населения. – М., 1995.

8. Boezen H.M., Zee S.C. der van, Postma D.S. et al. Effects

of ambient air pollution on upper and lower respiratory symptoms and peak expiratory flow in children // Lancet. – 1999. – Vol. 353.

9. Филов В.А., Худолей В.В. Химические канцерогены в окружающей среде и их экологическое значение. Природные и антропогенные канцерогены // Журнал экологической химии. – 1993. – №4.

10. Ревич Б.А., Авалиани С.Л., Тихонова Г.И. Экологическая эпидемиология. – М., 2004.

11. Экология и здоровье детей / под ред. М.Я. Студеникина, А.А. Ефимовой. – М., 1998.

12. Пономаренко И.И. Диагностика нарушений органов дыхания у детей при загрязнении атмосферного воздуха. Экологически обусловленные ущербы здоровью: методология, значение, перспективы оценки. – М., 2005.

13. Стамова Л.Г., Чеснокова Е.А. Загрязнение атмосферного воздуха и его влияние на заболеваемость органов дыхания у детей // Гигиена и санитария. – 2005. – №5.

14. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков. – М., 2003.

15. Клименов Л.Н., Гордеев В.В. Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков: группы здоровья. – Барнаул, 2005.

МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАР САЛОМАТЛИГИГА АТМОСФЕРА ҲАВОСИНИНГ ТАЪСИРИ

Садуллаева Х.А., Саломова Ф.И.,

Шерқўзиёва Г.Ф., Азимова М.

Болалар саломатлиги ва атмосфера ҳавосининг ифлосланиши ўртасида боғлиқлик ўрганилди. Экологик жиҳатдан ноҳуш бўлган туманда мактабгача таълим муассасалари болаларининг касалланиш кўрсаткичлари экологик жиҳатдан тоза ҳудуддагига нисбатан юқори эканлиги аниқланди. сурункали бронхит билан касалланиш ва атмосфера ҳавосига ташланаётган зарарли моддалар ўртасида аҳамиятли корреляцион алоқалар аниқланди. III саломатлик гуруҳига кирувчи болалар сони яъни компенсацияланган ҳолатдаги болалар атмосфера ҳавосидаги ифлосланиш даражаси юқори бўлган Сергели туманидаги мактабгача таълим муассасаси болалари ўртасида ишончли равишда юқори бўлди.

Калит сўзлар: атмосфера ҳавоси, мактабгача таълим муассасаси, саломатлик гуруҳи, саломатлик индекси, нафас органлари, ўтқир респиратор вирусли инфекциялар, муаллақ моддалар.

УДК 616.92:616:93:578.834.1

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШГА МЎЛЖАЛЛАНГАН ДАВОЛАШ- ПРОФИЛАКТИКА МУАССАСАЛАРИ ШАРОИТЛАРИНИНГ ГИГИЕНИК ТАВСИФИ

Саломова Ф.И., Азизова Ф.Л., Тешаев О.Р., Шерқўзиёва Г.Т., Садуллаева Х.А., Ахмадалиева Н.О., Турғунов С.Т., Истамов А.И., Ёкубов М.С., Хакимова Д.С.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНЫХ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ БОЛЬНЫМ С COVID-19

Саломова Ф.И., Азизова Ф.Л., Тешаев О.Р., Шерқўзиёва Г.Т., Садуллаева Х.А., Ахмадалиева Н.О., Турғунов С.Т., Истамов А.И., Ёкубов М.С., Хакимова Д.С.

HYGIENIC CHARACTERISTICS OF THE CONDITIONS OF STAY OF PATIENTS IN MEDICAL AND PREVENTIVE INSTITUTIONS DESIGNED FOR PATIENTS WITH COVID-19

Salomova F.I., Azizova F.L., Teshayev O.R., Sherkuzieva G.T., Sadullaeva Kh.A., Ahmadaliev N.O., Turgunov S.T., Istamov A.I., Yokubov M .S., Khakimova D.S.

Тошкент тиббиёт академияси

По состоянию на 24 ноября 2020 года по всей республике функционирует 45 медицинских учреждений (с коечным фондом на 11700 мест), предназначенных для лечения больных с COVID-19. В этих медучреждениях проходят лечение 4594 больных, в том числе COVID-19 подтвержден у 1431 больных. 3163 пациентов проходят лечение с диагнозом пневмония и др. По городу Ташкент в 5-ти медицинских учреждениях (с коечным фондом на 3896 мест) проходят лечение 1838 больных, в том числе COVID-19 подтвержден у 873 больных. 965 пациентов проходят лечение с диагнозом пневмония и др. Исследования проводились в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии, в диагностико-скрининговом центре «Атлас» и в больнице на базе санатория «Назарбек». В основном результаты исследования по изучению внутренней среды основных помещений медицинских учреждений в холодное время года 2020 года, соответствуют требованиям СанПиН 0292-11.

Ключевые слова: COVID-19, показатели микроклимата, антропогенное загрязнение, запыленность воздуха в помещениях и содержание радона, СанПиН.

As of November 24, 2020, 45 medical institutions (for 11700 beds) function throughout the country, designed to treat patients with COVID-19. 4594 patients are being treated in these medical institutions, including COVID-19 confirmed in 1431 patients. 3163 patients with a diagnosis of pneumonia, etc. are being treated. In the city of Tashkent in 5 medical institutions (for 3896 beds), 1838 patients are being treated, including COVID-19 confirmed in 873 patients. 965 patients with a diagnosis of pneumonia, etc. are undergoing treatment. The studies were carried out in a multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy, in the Atlas diagnostic and screening center and in the Nazarbek sanatorium hospital. Basically, the results of a study on the study of the internal environment of the main premises of medical institutions in the cold season of 2020 meet the requirements of SanPiN 0292-11.

Key words: COVID-19, microclimate indicators, anthropogenic pollution, dustiness of indoor air and radon content, San R and N.

Муаммонинг долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) Хитой ваколатхонаси томонидан этиологияси номаълум пневмония Хитойнинг Хубей провинциясининг (Hubei Province of China) пойтахти Ухань (Wuhan City) шаҳрида авж олганлиги ҳақида маълумотлар илк бор 2019 йилнинг 31 декабрида чоп этилди. Бу нафақат тор мутахассисларнинг, балки бутун дунё ҳамжамиятининг эътиборини тортди ва 2020 йилнинг 30 январиди соғлиқни сақлаш соҳасида халқаро аҳамиятга эга фавулодда ҳолат деб тан олинди.

2020 йилнинг 7 январиди Шанхай жамоат саломатлигини сақлаш клиникаси ва соғлиқни сақлаш мактаби олимлари томонидан ушбу пневмониянинг кўзгатувчиси - коронавирус янги турининг тўлиқ геномик кетма-кетлигини аниқланди ва ЖССТ экспертларининг фикрига кўра илгари аниқланмаган бу вирус тури вақтинчалик 2019 Novel coronavirus (2019-nCoV) деб номланди [1].

2020 йилнинг 11 феврида янги коронавирус инфекциясига COVID-2019 (Corona Virus Disease 2019, Коронавирус касаллиги 2019) деб ном берилди ва унга сабаб бўлган вирус эса SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, иккинчи оғир ўткир респиратор синдром) деб номланди [2].

2020 йилнинг 21 январидан бошлаб ЖССТ ҳар куни (Situation reports) COVID-19 билан касаллик тасдиқланган ҳолатларнинг сони, ушбу касалликдан ўлганлар ва соғайганлар тўғрисидаги маълумотни эълон қилиб бормоқда. 2020 йилнинг 24 ноябрь ҳолатига кўра, бутун дунёда умумий зарарланганлар сони 59,4 млн, соғайганлар 38 млн, вафот этганлар 1,4 млн ни ташкил этмоқда, Республикамизда эса жами касалланганлар сони 71920 дан ошди, вафот этганлар сони 605 тани, соғайганлар 96%ни ташкил этмоқда.

ЖССТ касалликнинг тарқалиши ва олдини олиш бўйича стандарт тавсияларига қўлни совун ёки спиртли суюқликлар билан ювиш, йўталганда ва акса уриш пайтида оғиз ва бурунни ёпиш (этилган тирсак ёки рўмолча билан ёпиш ва рўмолчани ишлатилгандан сўнг

дарҳол ташлаб юбориш), овқат пишириш пайтида гўштни ва тухумни яхшилаб пишириш киради. Нафас йўллари яллиғланиб аломатлари (иситма, йўтал, тумов) бўлган одамлар билан яқин алоқада бўлмаслик, шунингдек, кўз, бурун ва оғизга тегмаслик тавсия этилади. Касаллар билан қисқа муддат мулоқатда бўлганлар учун 10-14 кунлик карантин, COVID-2019 ҳолати тасдиқланган беморлар билан узоқ муддатли мулоқатда бўлганлар учун марказлаштирилган карантин тавсия этилади. Коронавирус инфекциясининг енгил шакллари (иситма ва йўтал билан) ўтказаетган беморларни саралаш тақсимлаш марказларига жойлаштиришни ўз ичига олади [3].

ЖССТ прогнозларига кўра, дунёда пандемия ва карантин тадбирлари тахминан 2-3 йил давом этадиган бўлса бу борада коронавирус билан касалланишнинг олдини олиш, аҳоли ўртасида ўлим ҳолатларини камайтириш, жаҳон иқтисодиётини барқарорлаштириш бўйича барча давлатларда қўшимча чора-тадбирлар мажмуи ишлаб чиқилиши керак.

Мамлакатимизда коронавирус пандемияси тарқалишининг олдини олиш юзасидан бир қатор тизимли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу жумладан, Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Коронавирус пандемияси ва глобал инқироз ҳолатларининг иқтисодиёт тармоқларига салбий таъсирини юмшатиш бўйича биринчи навбатдаги чора-тадбирлар тўғрисида”ги 19.03.2020 йилдаги ПФ-5969-сон Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 25.07.2020 йилдаги “Коронавирус пандемиясини юмшатиш, аҳолининг санитария-эпидемиологик осойишталиги ва саломатлигини сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-6035-сон фармони, Вазирлар Маҳкамасининг “Коронавирус инфекцияси тарқалишига қарши қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги 23.03.2020 йилдаги 176-сон Қарори, ССВнинг “Коронавирус инфекциясини ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича захира мутахассисларни тайёрлаш тўғрисида”ги 22.03.2020 йилдаги 77-сонли буйруғи ва “Халқаро стандартлар

асосида ишлаб чиқилган COVID-19 бўйича миллий қўлланмани тиббиёт амалиётига жорий этилишини янада жадаллаштириш ҳақида»ги 31.03.2020 йилдаги 96-сонли буйруғи ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлар. Бутун дунёда, жумладан республикамизда янги коронавирус инфекцияси келтириб чиқарган COVID-19 касаллигининг эпидемиологияси, этиологияси, патогенези, клиник кечиши, даволаш усуллари, асоратлари, профилактикаси, вакциналар ишлаб чиқишга бағишланган илмий тадқиқотлар кенг қамровда олиб борилмоқда [4-7]. Бироқ COVID-19 билан касалланган беморларни даволаш шароитларини ўрганиш, уларга кўрсатилаётган тиббий ёрдамни такомиллаштириш мақсадида илмий изланишларни олиб бориш ҳозирги куннинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади

COVID-19 билан касалланган беморларни даволашга мўлжалланган даволаш- профилактика муассасалари (ДПМ) шароитларига гигиеник баҳо бериш ҳамда уларни оптималлаштириш бўйича тавсияларни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва қўлланилган усуллар

Ҳозирги кунга қадар Республикамизда COVID-19 тасдиқланган ёки гумон қилинган беморларни даволаш ва госпитализация қилиш тактикаси бир неча бор ўзгартирилиб, такомиллаштирилмоқда. Пандемия бошида COVID-19 билан касалланган беморларни касалликнинг кечиш оғирлик даражасидан қатъий назар албатта стационар шароитда даволаш олиб борилди. Шунингдек беморлар билан мулоқотда бўлган шахслар 14 кунлик карантинда бўлишди. Ҳозирги кунда COVID-19 тасдиқланган ёки гумон қилинган беморларни даволаш тактикаси «COVID-19 билан касалланган беморларни даволаш бўйича вақтинчалик кўрсатмалар»га асосан касаллик симптомсиз ёки энгил даражада кечаётган бўлса уй шароитида (ОП шифокори назоратида), гумон қилинганлар, касаллик энгил ёки ўртача оғирликда кечаётган бўлса – диагностик - саралаш марказларида (беморнинг аҳволи, тана ҳарорати, нафас олиш тезлиги сатурация ва ўпканиш шикастлиниш катталигини инobatга олиб), касаллик ўртача оғирликда ва оғир кечаётган бўлса (беморнинг аҳволи, тана ҳарорати, нафас олиш тезлиги сатурация ва ўпканиш шикастлиниш катталигини ва ёндош касалликларнинг мавжудлигини инobatга олиб) COVID-19 билан касалланган беморларни даволашга мўлжалланган ёки мослаштирилган ДПМларда амалга оширилмоқда.

Маълумот учун. Юқумли касалликларни камайтириш ва уларни самарали даволаш учун юқумли касалликка чалинган беморларни ўз вақтида шифохонага ётқизиш, КИИни олдини олиш, беморларни қабул қилишдаги ўзига хос хусусиятларга амал қилиш, санитария тартиби ва юқумли касаллик бўлимида хизмат қилувчи ходимларнинг шахсий гигиена қоидаларига қатъий риоя қилишлари муҳим аҳамиятга эгадир (СанҚваМ 0292-11) [8]. Ушбу талабларни бажариш учун юқумли касаллик шифохоналарини (бўлимларни) ҳимояланган ҳолда жойлаштириш, қабул бўлимида бокс ёки изоляторнинг бўлиши, беморларни бўлимнинг қабулхонасида қабул қилиниши, зарурят туғилса – беморларни икки босқичли госпита-

лизация қилиниши, юқумли касалликли беморларни гуруҳлаб ёки бокс (ёки яримбокс)ларга жойлаштирилиши, бўлимнинг ўзига хос шамоллатилиши, каналзацияси, ахлатларнинг четлатилиши ва санитар-гигиеник ҳамда эпидемияга қарши тартибга қатъий риоя этилиши талаб этилади. Республикамизда қисқа вақт ичида COVID-19 билан касалланган ва гумон қилинганларнинг сони тез кўпайди ва юқумли касалликлар шифохоналарининг койкалар сони етарлича бўлмади қолди. Шу муносабат билан «Зангиота» кўптармоқли юқумли касалликлар шифохонаси қисқа муддатда куриб битирилди, ҳамда қатор соматик касалликларни даволашга мўлжалланган тиббиёт муассасалари ва йирик объектлар COVID-19 билан касалланган беморларни даволашга мослаштирилди. Ушбу муассасаларда юқумли касалликлар шифохонасига қўйиладиган санитар – гигиеник ва эпидемияга қарши талабларга қай даражада риоя этилишини ўрганиш мақсадида текширув ишларини ўтказдик.

Тадқиқот ишлари

Тошкент шаҳридаги COVID-19 билан касалланган беморларни даволашга мўлжалланган тиббиёт муассасаларида: Тошкент тиббиёт академияси (ТТА) кўп тармоқли клиникасида, «Атлас» саралаш тақсимлаш марказида «Назарбек» санаторияси негизидаги шифохонада олиб борилди. Тиббиёт муассасаларида даволаниш шароитларига гигиеник баҳо бериш бўйича тадқиқот ишлари беморлар бўладиган асосий жойларда - қабулхонада, палата (бокс) ва рентген хоналарида ўтказилди. Тадқиқотнинг бир қисми ТМА ва Корё университети (Жанубий Корея) ҳамкорлигида ташкил этилган Тадқиқот марказида ўтказилди. Гигиеник шароитларнинг кўрсаткичлари сифатида қуйидагилар ўрганилди: куннинг турли вақтларида микроклимат кўрсаткичлари (ҳарорат, намлик, ҳавонинг ҳаракат тезлиги), табиий ёруғлик ҳолати (табиий ёритилганлик коэффициенти (ТЁК) нинг қиймати бўйича), асосий хоналарининг амалдаги ёритилиш даражаси, шовқин даражаси, электростатик майдоннинг кўрсаткичи, 1 м³ ҳаводаги аэроионлар сони, ҳавонинг антропоген ифлосланиши даражаси (карбонат ангидрид концентрацияси бўйича), радиация шароитлари (ионлантирувчи радиациясининг доза қуввати ва ёпиқ жойда ҳаводаги радоннинг миқдори). Ушбу омиллар бўйича тадқиқот усуллари, асосан, умумқабул қилинган, ТТА илмий-тадқиқот лаборатория асбоб-ускуналаридан: ҳавонинг ҳарорати ва ҳаракат тезлиги Thermo-hydro-CO2 meter асбоби ёрдамида, ёритилганлик даражаси - TES 1330A digital luxmeter, шовқин даражаси- TES 1357 sound level meter, углерод икки оксиди - Thermo-hydro-CO2 meter, электростатик майдон катталиги- ПЗ-41, ҳаводаги ионлар миқдори - МАС - 01, нурланиш дозаси -ДРГ-107Ц, ҳаводаги радона миқдори- радонметер-FRD 400 асбобларидан фойдаланган ҳолда олиб борилди. Гигиеник омилларини ўрганиш натижаларини баҳолаш тегишли меъёрий ҳужжатлар талабларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди: СанҚваМ 0292-11 «Даволаш-профилактика муассасаларини лойиҳалаштириш, куриш ва эксплуатациясига бўлган санитар қоида ва меъёрлар», СанҚваМ 0342-17 «Касалхона ичи инфекцияси профилактикаси», Практические рекомендации по ведению па-

циентов, инфицированных Covid-19, COVID-19 бўйича миллий қўлланма, ЎЗР СанҚваМ 0324-16 «Ишлаб чиқариш хоналари микроиқлимни санитар-гигиеник нормативлари», СанҚваМ 0325-16 «Иш жойларида шовқиннинг рухсат этилган даражалари санитария меъёрлари», ҚМҚ 2.01.05- 98 «Табийий ва сунъий ёритилганлик», «Меҳнат хавфсизлиги стандартлари тизими (МХСТ) ДАВСТИ -12.1.005-88 «Ишчи зоналари ҳавосига бўлган умумий санитария-гигиеник талаблари», СанҚваМ 0335-16 «Иш жойларида электростатик майдоннинг рухсат этилган даражалари умумий санитария гигиеник талаблари», СанҚваМ 193-06 «Радиацион хавфсизлик нормалари (РХН-2006) ва Радиацион хавфсизлики таъминлашнинг асосий санитария (РХТАСҚ-2006) қоидалари».

Гигиеник шароитларни тавсифлаш учун микроиқлим кўрсаткичлари ва карбонат ангидрид концентрацияси (234 ўлчов), ёруғлик (228 ўлчов), шовқин даражаси (228 ўлчов), электромагнит майдон катталиги, (36 ўлчов), ташқи нурланишнинг дозаси ва хона ичи ҳавосидаги радоннинг миқдори (36 ўлчов) баҳоланди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси

2020 йилнинг 24 ноябр куни ҳисоботи бўйича республика миқёсида 11700 ўринли 45 та COVID-19 билан касалланган беморларни даволашга мўлжалланган тиббий муассасаларда 4594 нафар COVID-19 тасдиқланган (1431 нафар) ва гумон қилинган беморлар (3163 нафар) даволанишмоқда. Тошкент шаҳридаги 3896 ўринли 5 та тиббий муассасаларда 1838 нафар COVID-19 тасдиқланган (873 нафар) ва гумон қилинган беморлар (965 нафар) даволанишмоқда.

Маълумки, юқумли касалликлар беморнинг асосан ҳарорати кўтарилиши билан кечади, шунинг учун шифохона микроиқлим параметрлари оптимал бўлиши талаб этилади. СанҚваМ 0292-11 талабаларига кўра, юқумли касалликлар шифохонасида ҳавонинг ҳарорати 22-24⁰С, ҳавонинг намлиги 40-60%, ҳавонинг ҳаракат тезлиги 0,1-0,2 м/с атрофида лозим. Текширув ишлари йилнинг иссиқ ва совуқ мавсумларида ўтказилиши лозим. Аммо мазкур ишимизда йилнинг совуқ мавсумида ўтказилган текширув натижалари келтирилган.

Иш куни давомида (иш куни бошида, ўртасида ва охирида) текширилган ДПМнинг турли хоналарида микроиқлим параметрлари ўлчаш натижалари 1 жадвалда келтирилган. Ушбу жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, текширув ўтказилган ДПМларнинг барча хоналарида микроиқлим параметрлари асосан оптимал кўрсаткичларга яқин бўлганлиги аниқланди. Иш кун бошида Назарбек ва ТТАнинг қабулхона ва палаталарида ҳарорат 2-3⁰С га, Атласда эса 3-4⁰С га оптимал кўрсаткичдан юқорилиги қайд этилди, аммо кун охирига келиб ҳавонинг ҳарорати оптимал кўрсаткич даражасига яқинлашгани аниқланди.

Кун давомида уччала муассасанинг барча хоналарида ўлчанган нуқталардаги намлик мақбул қийматга эга эканлиги аниқланди. Ҳавонинг ҳаракат тезлиги Атлас ва ТТАнинг текширув ўтказилган хоналарида оптимал қийматларга эга бўлиб, Назарбек шифохонасининг текширилган барча хоналарида

кун давомида тавсия этилган қийматлардан 1,5-2 баравар паст паст эканлиги аниқланди, бу биринчидан терморегуляция функциясининг бузилишига ва иккинчидан ҳаво таркибидаги вируслар миқдорини кўпайишига сабаб бўлиши мумкин.

Палаталар табиий ва сунъий ёритилган бўлиши керак. Табиий ёритилганлик етарли даражада бўлиши учун ёруғлик тушадиган ойна юзаси пол юзасга нисбати 1:5, 1:6 бўлгандагина эришилади (ёритилганлик коэффициенти-ЁК). Назарбек ва ТТА даволаш муассасалари учун махсус ишлаб чиқилган лойиҳалар бўйича қурилганлиги сабабли ЁКнинг параметрлари тавсия этилган кўрсаткичларга мос келади. Атлас ва Назарбекнинг текширув ўтказилган барча хоналарида аралаш ёритилганлик даражаси асосан гигиеник меъёрларга мос келади. ТТАнинг текширув ўтказилган уч турдаги хоналарида 12% ҳолларда сунъий ёритилганлик даражаси гигиеник талаблардан 60-70 люкс га камлиги аниқланди, бу асосан носоз лампалар мавжудлиги билан боғлиқдир.

Даволаш муассасаларида шовқин даражаси асосан тиббий асбоб-ускуналарнинг мавжудлиги билан изоҳланади, айниқса КТ ва рентген хонасида текширув ўтказиш пайтида хоналарда шовқин фонини яратади, бу шовқинни интервалли, кенг спектрли шовқин сифатида тавсифланиши мумкин. Шунингдек каталкада беморларнинг ташиши жараёнида шовқин кузатилади. Қабулхонада ва палаталарда шовқиннинг умумий даражаси 50±8 дБА, беморларни қабул қилиш пайтида - 60±7 дБА ни ташкил этди ва бу гигиеник талабларига жавоб беради.

Текширув ўтказилган тиббий муассасаларнинг хоналарида ҳавонинг кучли кимёвий ифлосланиш манбалари мавжуд амас. Аммо кун давомида 3 мартдан барча хоналарда намли тозалаш ишлари зарарсизлантирувчи моддалардан (асосан хлор сақловчи моддалар) фойдаланилган ҳолда олиб борилиши ва антисептик моддалардан кўп фойдаланиш ҳавонинг кимёвий ифлосланишига сабаб бўлиши мумкин деган тахмин қилдик ва ҳавонинг кимёвий таркибини текшириш ишларини ўтказдик. Хоналарда ҳаво таркиби текширилганда, биз бирон бир сунъий кимёвий моддаларни аниқламадик. Шу билан бирга, қабулхона ва палаталарда антропоген ифлосланиш кўрсаткичи - карбонат ангидрид ва аммиакни борлигини аниқладик. Ҳавонинг антропоген ифлосланишини кўрсатувчи CO₂ концентрацияси 0,1% дан ошиши турар жой ва жамоат бинолари ҳавосини ифлосланишидан далолат беради. Бизнинг маълумотларга кўра, уччала муассасанинг текширув ўтказилган барча хоналарида карбонат ангидриднинг бундай концентрацияси кузатилмади (3 жадвал).

Ёпиқ хоналарнинг яхши шамоллатилмаслиги, ушбу хоналар 1 м³ ҳавосидаги радон концентрациясининг ортиши ва мусбат ионлар сонининг кўпайиши билан характерланади. Текшириш натижалари ўлчов ишлари ўтказилган хонанинг жойлашган қаватига қараб радоннинг концентрацияси 21 дан 54 Бк/м³ гача ўзгарганини кўрсатди, лекин бу кўрсаткичлар Ўзбекистондаги хона ичи ҳавосидаги ўртача даражасига яқин (4 жадвал).

Иш куни давомида текширилган ДПМнинг турли хоналарида микроқўлим параметралари

ДПМ	Ўлчаш жойи	Иш куни бошида, М±m			Иш куни ўртасида, М±m			Иш куни охирида, М±m		
		Ҳавонинг ҳарорати, °C	Ҳавонинг намлиги, %	Ҳавонинг ҳаракат тезлиги, м/с	Ҳавонинг ҳарорати, °C	Ҳавонинг намлиги, %	Ҳавонинг ҳаракат тезлиги, м/с	Ҳавонинг ҳарорати, °C	Ҳавонинг намлиги, %	Ҳавонинг ҳаракат тезлиги, м/с
Атлас	Қабулхона	27.1±0.09	50.3±0.08	0.1±0.0	28.12±0.04	55.35±0.18	0.1±0.0	25.48±0.10	58.99±0.17	0.1±0.0
	Палата (бокс)	26.7±0.16	50.2±0.46	0.1±0.0	27.7±0.27	55.8±0.38	0.1±0.0	24.67±0.39	61.18±0.6	0.1±0.0
	Рентген-кабинет	26.74±0.08	56.28±0.43	0.08±0.0	24.78±0.21	54.59±0.21	0.08±0.0	25.39±0.07	58.38±0.23	0.08±0.0
Назарбек	Қабулхона	27.9±0.07	59.4±0.07	0.06±0.0	27.8±0.04	54.8±0.1	0.06±0.0	25.2±0.15	57.8±0.15	0.06±0.0
	Палата	26.4±0.13	59.7±0.38	0.05±0.0	26.8±0.2	57±0.25	0.05±0.0	24.1±0.3	58.4±0.42	0.05±0.0
	Рентген-кабинет	26.56±0.07	55.4±0.38	0.05±0.0	24.1±0.19	55.8±0.2	0.05±0.0	23.7±0.04	57.1±0.18	0.05±0.0
ТТА	Қабулхона	27.4±1.2	54.3±1.2	0.1±0.08	26.4±2.2	60.0±0.8	0.2±0.04	27.4±1.2	54.3±1.2	0.1±0.08
	Палата	26.8±2.4	51.8±2.3	0.1±0.09	27.5±2.4	54.3±0.8	0.3±0.01	26.8±2.4	51.8±2.3	0.1±0.09
	Рентген-кабинет	25.2±3.1	54.2±2.4	0.1±0.07	26.2±0.8	55.6±0.9	0.3±0.08	25.2±3.1	54.2±2.4	0.1±0.07
Гигиеник меъёр (СанҚвам 0292-11)		22-24	40-60	0,1-0,2	22-24	40-60	0,1-0,2	22-24	40-60	0,1-0,2

Текширилган ДПМнинг ёритилиш ҳолати, М±т

ДПМ	Ўлчаш жойи	Ўлчов сони	Табий ёритилганлик кўрсаткичи		Ёритилиш даражаси ----- мест	
			Хоналар ориентацияси	ТЁК	Аралаш ёритилганлик, Лк	Сунъий ёритилганлик, Лк
Атлас	Қабулхона	9	Шарқий	1,3±0,2	603,1±21,4	428,3±12,45
	Палата (бокс)	120	Жанубий-ғарбий	1,4±0,3	745,9±32,2	356,5±7,36
	Рентген-кабинет	9	Шимолий-шарқий	1,4±0,2	448,2±44,2	349,3±9,91
Назарбек	Қабулхона	9	Шарқий	0,8±0,1	375,0±13,7	315,0±9,8
	Палата	72	Жанубий-ғарбий	0,9±0,1	399±15,6	272,9±6,6
	Рентген-кабинет	9	Шимолий-шарқий	1,0±0,1	246,8±6,8	246,8±6,8
ТТА	Қабулхона	14	Шарқий	0,8±0,1	170±50	150±60
	Палата	14	Жанубий-ғарбий	0,9±0,1	170±48	154±50
	Рентген-кабинет	10	Шимолий-шарқий	1,1±0,1	134±60	132±60
Гигиеник меъёр (КМК 2.01.05 - 98)				1,2	200	200

Текширилган ДПМларнинг хоналарида углерод диоксида концентрацияси, %, $M \pm m$

ДПМ	Ўлчов ўтказиш вақти	Ўлчов сони	$M \pm m$
Атлас	Иш куни бошида	46	0,035±0.0005
	12 ⁰⁰ - 13 ³⁰	46	0,04±0.0005
	16 ⁰⁰ - 16 ³⁰	46	0,04±0.0003
Назарбек	Иш куни бошида	32	0,02±0.0004
	12 ⁰⁰ - 13 ³⁰	32	0,025±0.0003
	16 ⁰⁰ - 16 ³⁰	32	0,025±0.0003
ТТА	Иш куни бошида	12	0,08±0,03
	12 ⁰⁰ - 13 ³⁰	12	0,09±0,03
	16 ⁰⁰ - 16 ³⁰	12	0,02±0,006

4-жадвал

Текширилган ДПМларнинг хоналарида радон концентрацияси, Бк/м³

ДПМ	Ўлчаш жойи	Қават	Ўлчов сони	Радон концентрацияси, $M \pm m$
Атлас	Қабулхона	1	6	48.2±4.5
	Палата (бокс)	1	6	54.2±5.9
	Рентген-кабинет	1	6	43.7±4.8
Назарбек	Қабулхона	3	6	21.8±2.5
	Палата	4	6	22.2±2.6
	Рентген-кабинет	4	6	21±2.09
	Қабулхона	1	7	40,8±4,5
	Палата	3	7	38,8±3,8
	Рентген-кабинет	4	7	30,8±2,5

Бизнинг маълумотларимиз шуни кўрсатадики, ўлчов кўрсаткичларининг ўртача натижалари қайд этилишига қарамай, уларнинг динамикаси иш куни давомида хоналарда ҳаво муҳити сифатининг аста-секин ёмонлашувидан далолат беради. Ушбу маълумотлар нафақат хонани вентиляция қилиш сифатини, балки радон таъсиридаги радиация таъсирини ҳам акс эттиради.

Одамга профессионал бўлмаган радиация таъсирининг даражаси нафақат радоннинг инкорпорацияси билан, балки ташқи γ - нурланиш фони билан ҳам аниқланади. Уччала тиббий муассасалар хоналарида биз томонимиздан ўлчанган гамма фон кўрсаткичлари қуйидагича бўлди: ТТА ($n = 20$) да - 18-26 мР / соат, Атлас ($n = 16$) - 16-21 мР / соат, Назарбек ($n = 14$) - 16-22 мР / соат.

Д.А.Зарединовнинг маълумотларига кўра, бизнинг республикамизда гамма нурланишининг ташқи дозаси 13 мР / соатни ташкил қилади, бино ичида эса бу кўрсаткич 23 мР/соатгача бўлиши мумкин [9]. Биз олган маълумотлар Д.А.Зарединов томонидан олиб борилган тадқиқотлар натижаларини тасдиқлайди ва тиббий муассасалар хоналарида ташқи гамма нурланиш даражасининг пастлигини

ҳамда республиканинг иқлим-географик шароитлари учун хос бўлган фон нурланиши кўрсаткичидан кескин фарқ қилмаслигини кўрсатади.

Шундай қилиб, COVID-19 билан касалланган беморларни даволашга мўлжалланган даволаш-профилактика муассасаларининг гигиеник шароитларини ўрганиш қуйидаги дастлабки хулосаларни чиқаришга имкон беради:

1.Текширувимиз остида бўлган барча тиббий муассасаларнинг ўлчов ишлари ўтказилган асосий хоналарида микроиқлим параметралари СанҚваМ 0292-11 талабаларига мос келади. Фақат Назарбек шифохонасининг текширилган барча хоналарида ҳавонинг ҳаракат тезлиги кун давомида тавсия этилган қийматлардан 1,5-2 барабар паст паст эканлиги аниқланди, бу биринчидан терморегуляция функциясининг бузилишига ва иккинчидан ҳаво таркибидаги вируслар миқдорини кўпайишига сабаб бўлиши мумкин.

2.Уччала тиббий муассасалар асосий хоналари ҳавосининг кимёвий таркибини текшириш натижалари намли тозалаш учун ишлатиладиган хлор эритмалари ва антисептиклар ҳавони ифлослантормаётганини кўрсатди.

3. Ўлчов ишлари ўтказилган хонанинг жойлашган қаватига қараб радоннинг концентрацияси 21 - 54 Бк/м³ ни ташкил этиб, аниқланган ташқи гамма нурланиш даражаси каби республиканинг иқлим-географик шароитлари учун хос бўлган нурланиш кўрсаткичларидан кескин фарқ қилмади.

4. Текширув ишлари ҳозирча йилнинг совуқ фаслида ўтказилган бўлиб, натижаларнинг аксарият кўрсаткичлари СанҚваМ 0292-11 талабларига мос келади. Лекин ёпиқ хоналарда вирус юкламаси ортиши мумкинлигини инобатга олиб хоналарни тез-тез шамоллатиб туришни тақазо этади.

Адабиётлар

1. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 isolate Wuhan-Hu-1, complete genome. GenBank: MN908947.3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nucleotide/MN908947>.

2. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)

3. Особенности эпидемиологии, клиники и стратегии ведения контактных лиц и пациентов с COVID-19 в КНР. Минздрав России; 2020. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2020/03/04/13469-predstavlen-otchet-o-rabote-mezhdunarodnoy-missii-voz-po-problemecovid-19>

4. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. 28 January 2020. WHO. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

5. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. 4 February 2020. WHO. [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)

6. Зоирова Н. Т. COVID-19: эпидемиология и профилактика // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. -Т., 2020. -№2. -С. 95-98.

7. Искандарова Г.Т. Инфекционный контроль в медицинских учреждениях при COVID-19 // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. -Т., 2020. -№2. -С. 98-102.

8. СанҚваМ 0292-11 «Даволаш-профилактика муассасаларини лойиҳалаштириш, қуриш ва эксплуатациясига бўлган санитар қоида ва меъёрлар», Тошкент-2011

9. Зарединов Д. А. Гигиеническая оценка источников ионизирующих излучений природного и техногенного происхождения и доз облучения населения Республики Узбекистан // Автореф. дисс. докт. мед. наук. - Ташкент, 2001. - 49 б.

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШГА МЎЛЖАЛЛАНГАН ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИКА МУАССАСАЛАРИ ШАРОИТЛАРИНИНГ ГИГИЕНИК ТАВСИФИ

Саломова Ф.И., Азизова Ф.Л., Тешаев О.Р., Шеркузиева Г.Т., Садуллаева Х.А., Ахмадалиева Н.О., Турғунов С.Т., Истамов А.И., Ёкубов М.С., Хакимова Д.С.

2020 йилнинг 24 ноябр куни ҳисоботи бўйича республика миқёсида 11700 ўринли 45 та COVID-19 билан касалланган беморларни даволашга мўлжалланган тиббий муассасаларда 4594 нафар COVID-19 тасдиқланган (1431 нафар) ва гумон қилинган беморлар (3163 нафар) даволанишмоқда. Тошкент шаҳридаги 3896 ўринли 5 та тиббий муассасаларда 1838 нафар COVID-19 тасдиқланган (873 нафар) ва гумон қилинган беморлар (965 нафар) даволанишмоқда. Тадқиқот ишлари Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасида, «Атлас» диагностика-саралаш марказида «Назарбек» санаторияси негизидagi шифохонада олиб борилди. 2020 йилнинг совуқ фаслида тиббий муассасаларининг асосий хоналари ички муҳитини ўрганиш бўйича ўтказилган текширув натижаларнинг аксарият кўрсаткичлари СанҚваМ 0292-11 талабларига мос келади.

Калит сўзлар: COVID-19, микроиқлим кўрсаткичлари, антропоген ифлосланиш, ёпиқ хона ҳавоси чангланганлиги ва радон миқдори, СанҚваМ.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ НУКУС ТУМАНИ ИЧИМЛИК СУВИ СИФАТИНИ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ ВА БУЙРАК-ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИ КЕЛИБ ЧИҚИШИДА АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ

Саломова Ф.И., Ильясова А.Ж., Абдуллаева У.Я., Ярмахамедова Н.Ф., Дусмухамедова А.Ф.

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОЧЕЧНО-КАМЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НУКУСКОГО РАЙОНА, РЕСПУБЛИКА КАРАКАЛПАКИСТАН

Саломова Ф.И., Ильясова А.З., Абдуллаева Ю.Я., Ярмахамедова Н.Ф., Дусмухамедова А.Ф.

ECOLOGICAL AND HYGIENIC ASSESSMENT OF DRINKING WATER QUALITY AND RESEARCH VALUES OF KIDNEY STONE DISEASES IN THE NUKUS DISTRICT, REPUBLIC KARAKALPAKISTAN

Salomova F.I., Ilyasova A.Z., Abdullaeva Yu.Ya., Yarmukhamedova N.F., Dusmukhamedova A.F.

Тошкент тиббиёт академияси, ТТА Фарғона филиали

Kidney stone disease (KSD) is a common clinical problem worldwide. It is basically the formation of stone in the kidney (nephrolithiasis), ureter (ureterolithiasis), or urinary bladder (cystolithiasis) by the successive physicochemical events of supersaturation, nucleation, aggregation, and finally retention [1]. The stone forms as a result of crystal deposition in the kidneys, and the crystal is formed of components like calcium oxalate, calcium phosphate, calcium carbonate, magnesium-ammonium phosphate, uric acid, and cysteine [2]. KSD poses a major burden in public health care, and hence proper focus should be placed on its prevention. High water intake is a widely agreed upon recommendation to reduce the chances of stone formation and stone recurrence [3]. Limited studies are available that have examined the relationship between water quality and kidney stone formation. Hence, our current focus was to study the daily volume of water intake by patients with KSD and to identify whether people of any particular geographic area of West Bengal are much more prone to renal stones and whether drinking water quality is responsible for the prevalence.

Буйрак-тош касаллигининг келиб чиқиш сабабларидан бири аҳолининг сифатсиз ичимлик сувидан фойдаланишидир. Қорақалпоғистон Республикаси аҳолиси марказлашган ичимлик суви билан тулиқ таъминланмаганлиги сабабли ер ости сувларидан туғридан-туғри фойдаланади. ҚРдаги сийдик-тош касалликлари билан касалланишлар кўрсаткичлари ва ичимлик сувининг кимёвий ифлосланганлиги орасидаги ишончли бевосита корреляцион алоқа исботланган, ҚРнинг шимолий ва марказий ҳудудларидаги буйрак тоши ва сийдик-тош касалликлари ичимлик сувининг ифлосланганлиги билан, жанубий ҳудудларида эса очиқ сув ҳавзаларининг ифлосланганлиги билан боғлиқ [Атаханова Д.О. 2018] Нукус тумани аҳолиси истеъмол қилаётган марказлашган ва марказлашмаган ичимлик сувлари таркиби санитария-гигиеник лабораторияда текширилганда сувнинг қаттиқлиги меъёрдан юқори бўлган.

Бу эса мазкур тадқиқот ишининг олиб борилишига ва буйрак-тош касаллигининг сув таъминоти билан боғлиқ омиллари таҳлилини олиб борилишига асос бўлади.

Қорақалпоғистон Республикасини ичимлик суви билан таъминлаш ва сув иншоотларини реконструкциялашнинг 2020 йилгача бўлган стратегиясига мувофиқ ҳудудда бу борада кенг қўламли ишлар амалга оширилмоқда. Туямўйин - Нукус минтақалараро сув ўтказгичидан фойдаланиш бошқармаси тасарруфидаги «Туямўйин» иншооти кунига 140 минг кубометр, «Тахياتош» иншооти 60 минг кубометр, Нукусдаги гидроиншоот 65 минг кубометр сувни тозалаш қувватига эга. Айни пайтда уларнинг узлуксиз ишлашини таъминлашга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Жорий йилда Инвестиция дастурига кўра, 18 миллиард 241 миллион сўм маблағ ҳисобига 123,6 километрлик сув тармоқлари қуриш, 28 насос агрегати, 3 сув тозалаш иншоотини реконструкция қилиш режалаштирилган. Бу билан қарийб 36 минг аҳоли хонадонидан тоза ичимлик суви таъминоти яхшиланади. [<http://uza.uz/uz/posts/suv-taminoti-yakhshilanmo-da-10-02-2016>]

Нукус тумани аҳолисига марказлаштирилган ва марказлаштирилмаган сув таъминоти тизими орқали узатиладиган сув сифатининг оҳирги 3 (2017,2018 ва 2019) йиллик динамикасини гигиеник баҳолаш

Нукус тумани асосий сув таъминоти манбаи бўлиб Нукус тумани сув таъминоти филиали саналади. Нукус тумани аҳолиси икки тоифадаги сув таъмино-

ти мабадан сув истемол қилади. Биринчи сув таъминоти манбаи марказлашган ҳолда аҳолини сув билан таъминласа, иккинчиси маҳаллий яъни марказлашмаган тарзда аҳолини ичимлик суви билан таъмилайди.

Тадқиқот ишида кўрсатилган асосий вазифалардан бири Нукус тумани марказлашган ва марказлашмаган сув таъминоти тизими суви сифатини баҳолаш бўлиб, сув сифатини баҳолаш учун Нукус тумани Давлат санитария-эпидемиологик осойишталик маркази томонидан амалга оширилган оҳирги 3 (2017, 2018 ва 2019) йиллик кўрсаткичлардан фойдаланилди. Нукус тумани Давлат санитария-эпидемиологик осойишталик маркази ичимлик сувининг кимёвий таркиби бўйича фақат нитратлар, фтор, темир, мис ва кислоталилик даражаси (рН) каби кўрсаткичларни қайт қилиб борган.

2017 йилги СЭОМ томонидан тақдим этилган ҳисобот материалларига эътибор қаратадиган бўлсак барча таҳлил кўрсаткичлари OzDST 950-2011 “Ичимлик суви” бўйича меъёр даражадан ошмаган. Марказлашган ичимлик суви таркибидаги нитратларни аниқлаш учун йил мобайнида жаъми 48 та намуна олинган бўлиб, олинган намуналарнинг барчаси яъни 100% ҳолатда меъёр даражадан ошмаган.

Қолган кўрсаткичларни аниқлаш учун ҳам жаъми 48 та намуна олинган бўлиб, барча кўрсаткичлар OzDST 950-2011 “Ичимлик суви” бўйича меъёр даражадан ошмаган.

2018 йилги Нукус тумани марказлашган ичимлик суви сифати ўрганилганда куйидаги маълумотлар таҳлил қилинди. Юқорида таъкидлаб ўтилгандай марказлашган ичимлик сувининг кимёвий ифлосланиш даражаси таҳлил қилинганда Нукус тумани СЭО маркази томонидан OzDST 950-2011 “Ичимлик суви” (Ичимлик суви, гигиеник талаблар ва сифатини назорат қилиш) меъёрларида кўрсатилган Нитратлар, фтор, темир ва рН каби кўрсаткичлар таҳлил қилиб, ўртача йиллик миқдори қайд этиб борилган.

Нукус тумани СЭО маркази томонидан тақдим этилган ичимлик сувининг баъзи кимёвий кўрсаткичлари OzDST 950-2011 талабларига тўлиқ мос эканлиги аниқланди. Барча кимёвий ўлчаш ишлари 85 та олинган намуналар таҳлили натижаларига асосланган.

2019 йилги ҳисоботлар ўрганиб чиқилганда ҳам барча юқорида кўрсатилган баъзи кимёвий кўрсаткичлар бўйича OzDST 950-2011 талабларига тўлиқ мос эканлиги аниқланди. Нитратларни аниқлаш

учун жаъми СЭО маркази томонидан йил мобайнида 25 та намуна олинган ва лаборатория шароитида таҳлил қилинган. Фтор элементини аниқлаш учун жаъми 26 та намуна, темир ва мис каби микроэлементларни аниқлаш учун 29 та намуна йил мобайнида олинган ва лаборатория шароитида таҳлил қилинган.

Худди шу кўрсаткичлар Нукус тумани марказлашмаган сув таъминотида ҳам 3 йил (2017, 2018, 2019) мобайнида таҳлил ва қайд қилиб борилган. 2017 йил Нукус тумани СЭО маркази томонидан ичимлик сувидаги нитратларни аниқлаш учун жаъми 225 та сувдан намуна олинган бўлиб барчаси ичимлик суви сифати меъёр даражасидан ошмаган. Кислоталилик ёки рН даражасини аниқлаш учун ҳам жаъми марказ томонидан 225 та намуна олинган ва барча кўрсаткичлар меъёр даражадан ошмаган.

2018 йил нитратларни аниқлаш учун марказ томонидан текшириш ишлари олиб борилмаган. рН

кўрсаткичи йиллик таҳлил қилинганда баъзи ҳолатларда максимал кўрсаткич меъёр талабидан ошган яъни жаъми олинган намуналар сони 354 та бўлиб 2 та ҳолатда (0,0056%) меъёр даражадан ошган, аммо ўртача йиллик кўрсаткич меъёр даражадан ошмаган.

2019 йил кимёвий кўрсаткичлардан фақат нитратлар миқдори ичимлик сувида миқдори аниқланган. Марказ томонидан жаъми 37 та намуна олинган бўлиб барчаси барчаси меъёр даражадан ошмаган.

Сув сифатини баҳолашнинг яна бир муҳим кўрсаткичи бў ичимлик сувининг минералланиш даражасидир. Ичимлик сувида минералланиш даражасини сувдаги минерал тузлар таъминлайди. Нукус тумани СЭО маркази тақдим этган (2017, 2018, 2019) маълумотларга асосан марказлашмаган ва марказлашган сув таъминотида мавжуд бўлган сувнинг сифати минерал моддалар бўйича таҳлил қилинганда қуйидаги маълумотлар олинди.

1-жадвал

**Водопровод ичимлик суви сифатини тавсифловчи кўрсаткичлар.
Нукус тумани СЭОнинг 3 йиллик марказлашган ичимлик сувининг
минералланиш даражаси тўғрисида маълумот.**

№	Кўрсаткичлар ўртача йиллик мг/л	2017 йил	2018 йил	2019 йил	ОzDST 950-2011 “Ичимлик суви” бўйича меъёри (мг/л)
1	Қуруқ қолдиқ	493,3	552,5	597,4	1000-1500
2	Сулфатлар	267,6	306,8	226,1	400-500
3	Хлоридлар	263,3	267,5	188,8	250-350
4	Умумий қаттиқлиги мг.экв/л	5,8	8,3	7,8	7-10

2017 йил Нукус тумани марказлашган ичимлик суви минералланиш даражасини аниқлаш учун жаъми 48 та намуна олинган бўлиб ўртача йиллик кўрсаткич 493,3 мг/л ни ташкил этган. Жадвалдан кўриниб турибдики ОzDST 950-2011 “Ичимлик суви” да белгиланган РЭД дан ошмаганлиги маълум бўлди. Қолган кўрсаткичлар яъни сульфатлар, хлоридлар ва умумий қаттиқлик бўйича ҳам олинган жаъми 48 та намунадан барча ҳолларда меъёр даражасида.

2018 йилда юқоридаги кўрсаткичлар учун жаъми 85 та намуна текшириш учун олинган. Олинган намуналар таҳлили шуни кўрсатдики қуруқ қолдиқ, сульфатлар, хлоридларнинг ичимлик сувидаги миқдори меъёр даражасида бўлиб, аммо ичимлик сувининг умумий қаттиқлик даражасини аниқлаш учун олинган 85 та намунадан 28 таси яъни 32,9 % ида максимал кўрсаткич бўйича меъёр даражадан ошганлиги маълум бўлди. Айнан шу кўрсаткич ўртача йиллик ҳисоб-китоблари бўйича меъёр даражадан ошмаган.

2019 йилги ҳисоботларда ичимлик сувини минералланиш даражасини аниқлаш учун йил мобайнида 25 та намуна, сульфатлар миқдорини аниқлаш учун 27 та намуна, хлоридлар миқдори ва сувнинг умумий қаттиқлик даражасини аниқлаш учун 29 та намуна олинган ва барча ҳолларда ОzDST 950-2011 “Ичимлик суви” да белгиланган РЭД дан ошмаганлиги маълум бўлди.

Нукус тумани марказлашмаган сув таъминотида олиб борилган текширув ишлари натижалари таҳлил қилинди. Нукус тумани СЭО маркази томонидан тақдим этилган таҳлил натижалари қуйида жадвалда келтирилди

2017 йил Нукус тумани марказлашмаган ичимлик суви минералланиш кўрсаткичларини таҳлил қиладиган бўлсак барча кўрсаткичларни аниқлаш учун марказ томонидан жаъми 225 та намуна олинган ва қуруқ қолдиқ даражаси максимал 590 мг/л, минимал 570,6 мг/л ва йиллик ўртача кўрсаткич 570,6 мг/л ни ташкил этган, сульфатлар миқдори эса жаъми 225 та намуна олинган бўлиб олинган намуналарда максимал миқдор 285 мг/л, минимал миқдори 225 мг/л ва ўртача йиллик кўрсаткич 261,8 мг/л ни ташкил этган. Хлоридлар миқдорини ҳам аниқлаш учун жаъми 225 та намуна олинган ва ўртача йиллик кўрсаткич 228 мг/л ни ташкил этган. Хулоса қилиб айтганда Нукус тумани ичимлик суви минералланиш кўрсаткичи бўйича 2017 йилда қуруқ қолдиққа, сульфатларга ва хлоридларга олинган 225 та намунанинг барчаси ОzDST 950-2011 “Ичимлик суви” да белгиланган РЭД дан ошмаганлиги маълум бўлди. Аммо СЭО маркази томонидан тақдим этилган 2017 йилги ҳисоботда ичимлик сувининг умумий қаттиқлик даражасини ўртача йиллик кўрсаткич бўйича меъёр даражадан ошганлиги маълум бўлди.

**Водопровод ичимлик суви сифатини тавсифловчи кўрсаткичлар.
Нукус тумани СЭОМнинг 3 йиллик марказлашмаган ичимлик сувининг
минералланиш даражаси тўғрисида маълумот.**

№	Кўрсаткичлар ўртача йиллик мг/л	2017 йил	2018 йил	2019 йил	ОzDST 950-2011 “Ичимлик суви” бўйича меъёри (мг/л)
1	Қуруқ қолдиқ	570,6	721,2	1300	1000-1500
2	Сульфатлар	261,8	298,6	281,6	400-500
3	Хлоридлар	228	288,6	254,1	250-350
4	Умумий қаттиқлиги мг.эқв/л	13,0	12,9	13,6	7-10

Юқоридаги 2017 йил учун йиллик кўрсаткичдан маълумки ОzDST 950-2011 “Ичимлик суви” бўйича сувнинг умумий қаттиқлик даражаси меъёр даражадан 1,36 марта юқори бўлганлиги аниқланди, яъни жаъми олинган 225 та намунанинг деярли барчасида (99,5%) меъёр талабларига мос бўлмаган. Қорақалпоғистон шароитида ичимлик сувининг умумий қаттиқлиги 7,0 ёки 10,0 мг-эқв/л.га тенг бўлганлигидан аҳамиятли индикатор кўрсаткичи сифатида фойдаланиш мумкин (водопровод тизимидаги сувга махсус ишлов берувчи иншоотлар бор ёки йўқлигидан келиб чиққан ҳолда).

Қорақалпоғистон Республикаси Нукус тумани аҳолисининг касалланиш кўрсаткичларини “Туманда яшовчи аҳолининг тиббий муассасага мурожаати, касалланишлар сони ва касалларни рўйхатга олиш тўғрисида”ги ҳисобот маълумотлари асосида ўрганиш:

Умумий касалланишларни ўрганишнинг асосий манбаъларидан бири, аҳоли орасида ўтказилган профилактик ва мақсадли тиббий кўриклар ҳамда диспансер кузатувларидир. Илмий-тадқиқот ишининг кейинги асосий вазифаларидан бири бу Нукус тумани аҳоли саломатлигини ўрганиш ва касалланишларга сабаб бўлаётган етакчи омилларни аниқлаш. Туман кўп тармоқли шифохонасидан охириги 3 йиллик, яни 2017,2018 ва 2019 йилги маълумотлар олинди ва қуйидагича таҳлил қилинди. 2017 йилги маълумотларга кўра жаъми Нукус туманида 37765 нафар шахс кўп тармоқли шифохонага мурожаат этган, улардаги касалликлар кўрсаткичи жаъми 47206 тани ташкил этган. Худди шу кўрсаткич 2018 ва 2019 йиллардаги ҳисоботларда ўрганилганда 2018 йил мурожаат қилган шахслар сони 35122 тани ташкил этган ва улардаги касалликлар жами 43902 та ҳолатда кузатилган бўлса 2019 йил

мурожаат қилган аҳоли сони 38477 та, улардаги касалланишлар сони 48096 та ҳолатда кузатилган. Демак 3 йиллик маълумотлар жами мурожаатлар сони ва улардаги касалликлар кўрсаткичи билан таҳлил қилинганда 2019 йилга нисбатан мурожаатлар сони 2017 йилда 0.98 % , 2018 йилга нисбатан 0.91 % га ошганлиги маълум бўлди.

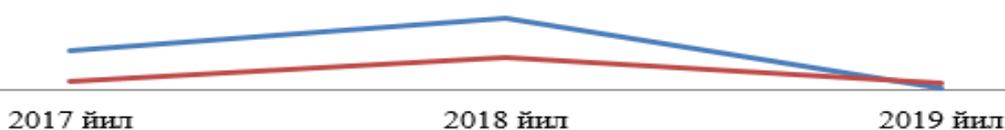
Ҳисобот материалларидан кўриниб турибдики аҳоли ёш таркиби бўйича 14 ёшгача, 15-17 ёшгача ва катталаб бўйича сийдик таносил тизими касалликлари йил мобайнида қайд этилган, аммо айнан буйрак-тош касаллиги билан касалланиш кўрсаткичи эса асосан катталарда кузатилган бўлса, 14 ёшгача ва 15-17 ёшдаги аҳоли таркибида касалланиш умуман кузатилмаган. Хулоса қилиб айтиш мумкинки сийдик – тош касалликлари билан касалланиш кўрсаткичи Нукус тумани аҳолиси ёш таркиби бўйича катталар етакчи рол ўйнамоқда.

Нукус тумани аҳолиси ичимлик суви санитар-гигиеник кўрсаткичлари ва аҳоли орасида буйрак-тош касалликлари билан касалланиш кўрсаткичлари солиштирма таҳлили.

Кўплаб илмий адабиётлардан маълумки аҳоли саломатлигини уни тавсифловчи тиббий-статистик ва демографик кўрсаткичларни уларга таъсир этувчи ижтимоий-иқтисодий, табиий, ижтимоий ва биологик омиллар билан боғлаб ўрганиш керак. Чизма ёки график аҳоли саломатлиги жамиятнинг ижтимоий, иқтисодий ва сиёсий тараққиётига, ижтимоий омилларга ҳамда инсонни ўраб турган табиий шарт-шароитлар, ички ва ташқи муҳитга боғлиқлигини кўрсатади. Биз ҚР Нукус тумани ҳудуди бўйича сийдик-тош касалликлари билан касалланишларнинг сабабини ва ушбу касалликни келтириб чиқарувчи омилларни аниқлашга уриниб кўрдик.

— Сувда ностандарт намуналар улуши

— Нукус тумани аҳолиси буйрак тош касаллиги билан касалланиш кўрсаткичи



1-диаграмма

ҚР Нукус туманида сийдик-тош касалликлари билан касалланишлар кўпроқ водопровод сувининг ифлосланиши билан маълум бир даражада боғлиқ эканлиги аниқланди.

Хулоса

1. Қорақалпоғистон Республикаси Нукус тумани аҳолиси фойдаланадиган водопровод сувининг кимёвий кўрсаткичлар, улардан минераланиш даражасининг марказлашган сув таъминотида (сувнинг қаттиқлиги 2018 йил 32,9% ностандарт намуналар улуши) ва марказлашмаган сув таъминотида (сувнинг қаттиқлиги 2017 йил 99,5% холатда, 2018 йил 99,4% ностандарт намуналар улуши) юқори эканлиги аҳоли саломатлиги учун, жумладан бирламчи умумий касалланишлар қатори буйрак-тош касалликларини келтириб чиқарувчи хавф омиллари орасида етакчи кўрсаткичдир. Қорақалпоғистон Республикаси Нукус тумани аҳолиси фойдаланадиган водопровод сувининг микробиологик кўрсаткичлари марказлашган сув таъминотида (ностандарт намуналар улуши 2018 йил 10,3% ни 2019 йил 19,3% ни ташкил этган) ва марказлашмаган сув таъминотида (ностандарт намуналар улуши 2018 йили 8,2% ни, 2019 йили 6,0% ни ташкил этган) таҳлил қилинганда ностандарт намуналар улушининг мавжудлиги ичимлик сувининг микробиологик кўрсаткичларини яхшилаш учун янги технологияларни жорий этишни тақозо этади.

2. Қорақалпоғистонда юзага келган ноқулай экологик-гигиеник шароитнинг, хусусан, мавжуд ичимлик суви, атроф-муҳит объектлари ифлосланиши даражасининг аҳоли саломатлигига ва касалланишлар динамикасига зарарли таъсирини камайтириш мақсадида янги ва замонавий ишлар олиб борилишига тўғри келади.

Адабиётлар

1. Қорақалпоғистон Республикаси аҳолисининг касалланиш даражасига ташқи муҳит ифлосланишининг таъсирини гигиеник баҳолаш: Атаханова Д.О. Диссертация иши. 2018. 173 ст- 115ст

2. Does quality of drinking water matter in kidney stone disease: A study in West Bengal, India: Pubali Mitra,¹ Dilip Kumar Pal,² and Madhusudan Das¹ 2018 у-59/3/158

3. Абдиров Ч. А. Здоровье населения и приоритетные проблемы медико-экологических исследований в условиях Южного Приаралья // Сборник науч.трудов «Медико-экологические проблемы Приаралья и здоровья населения». – Нукус, 1991. – С. 12-23.

4. Абдиров Ч. А., Агаджанян Н. А., Северин А. Е. Экология и здоровье человека. – Нукус: Каракалпакстан, 1993. – 103 с.

5. Абдиров Ч. А., Ешимбаев Д., Чембарисов Э. Экологическая роль Аральского моря и её антропогенное изменение // Сборник науч.трудов «Экология человека и краевая патология Приаралья». – Нукус: Каракалпакстан, 1993. – С. 129.

6. Алейник С.Н. Медико-экологический анализ риска, обусловленного качеством питьевой воды, для здоровья населения: Автореф. дис. канд. мед. наук. Санкт-Петербург. -2000.-32с.

ОЦЕНКА МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

¹Хегай Л.Н., ¹Рахманов А.Х., ²Ниязова З.А., ³Сыдиқов А. А.

OFTALMOLOGIYA UCHUN YARALANGAN QOPLAMANING TIBBIY VA BIOLOGIK XAVFSIZLIGINI BAHOLASH

¹Khegai L.N., ¹Raxmanov A.X., ²Niyazova Z.A., ³Sydikov A.A.

ASSESSMENT OF MEDICAL AND BIOLOGICAL SAFETY OF WOUND COATING FOR OPHTHALMOLOGY

¹Khegai L.N., ¹Rakhmanov A.Kh., ²Niyazova Z.A., ³Sydikov A.A.

¹Межвузовская научно-исследовательская лаборатория ТМА, ²Ташкентский педиатрический медицинский институт, ³Ташкентский государственный стоматологический институт

Toksikologik tadqiqotlar penetratsion ko'z shikastlanishlarini davolash uchun ichki yara qopqog'ining biomedikal xavfsizligini baholash uchun o'tkazildi. O'tkir toksiklik parametrlari bo'yicha qoplama 5-sinfga tegishli ekanligi aniqlandi - deyarli toksik bo'lmagan moddalar. 10, 100 va 200 mg / kg dozalarda bioaktiv qoplama eritmalarini uzoq muddat oshqozon ichi ichiga yuborish eksperimental hayvonlarning gematologik, biokimyoviy va integral ko'rsatkichlariga toksik ta'sir ko'rsatmaydi.

Toxicological studies have been carried out to assess the biomedical safety of the domestic wound cover for the treatment of penetrating eye injuries. It was established that the coating according to the parameters of acute toxicity belongs to the 5th class - almost non-toxic substance. Long-term intragastric administration of solutions of bioactive coating in doses of 10, 100 and 200 mg / kg does not have a toxic effect on the hematological, biochemical and integral parameters of experimental animals.

Актуальность. Для оценки медико-биологической безопасности новых изделий медицинского назначения необходимо проведение доклинических токсикологических исследований на нескольких видах лабораторных животных [1]. В практике офтальмологии применяют препараты в виде гелей, мазей и водных суспензий. За рубежом

разработаны офтальмологические пленки в виде наноэмульсий и наносуспензий [2-4]. Для пленочных покрытий характерно длительное воздействие, высокая биодоступность. В связи с этим нами разработано для офтальмологов, хирургов и травматологов биопокрытие с низкой токсичностью и высоким

противовоспалительным и бактериостатическим действием [5].

Цель. Оценить медико-биологическую безопасность отечественного раневого покрытия для лечения проникающих ранений глаз

Материал и методы исследования. Учеными Узбекистана синтезировано биоактивное покрытие на основе Na-КМЦ, метиленового синего (краситель с фотосенсибилизирующей и антимикробной активностью) и пластификатора глицерин [5]. Исследования проводились на базе МНИЛ ТМА. Эксперименты проводились с учетом требований Европейской конвенции [6]. Острая токсичность изучена на 36 крысах массой тела 150-170 гр. Учитывая то, что существующие покрытия для лечения поражений глаз препятствуют прорастанию фибробластов и вызывают ответную хроническую реакцию воспаления тканей глаза, специфическая активность пленки изучена в условиях длительной внутрижелудочной заправки 48 белых крыс в течение 30 суток. Показатели периферической крови изучены на гематологическом анализаторе BC-3000 (Mindray, P.R.China). Биохимические показатели сыворотки крови определяли на биохимическом анализаторе BA-88A (Mindray, P.R.China с использованием реактивов фирмы CYPRESS Diagnostics, Бельгия) [7-11].

Статистическая обработка результатов исследований производилась на персональном компьютере Pentium-IV с использованием прикладных офисных программ Statplus.9.0 с расчетом среднеарифметической изучаемого показателя (M), ее стандартной ошибки (m), показателей достоверности (P) и критерия Стьюдента [12].

Результаты и обсуждение. В связи с недостаточностью ресурсного обеспечения, снижения уровня материальной базы офтальмологических учреждений, внедрения передовых медицинских технологий, приводящих к ухудшению качества и доступности медицинской помощи [13] нами разработана отечественная глазная пленка для лечения проникающих ранений глаз [4]. По ГОСТ ISO 10993-5-2011 пленка относится к группе C (изделие, контактирующее с поврежденной поверхностью глаза). По продолжительности контакта пленка относится к категории B - изделие длительного однократного применения, контакт которого превышает 24 час, поэтому продолжительность наших исследований в хроническом опыте составила 30 суток [1].

В 1-ой серии опытов острая токсичность изучена на 36 животных, которых распределили на 6 групп по 6 особей в каждой. Животные 1 группы подвергались заправке в дозе 1000 мг/кг, 2 группы - 2000, 3-ей группы- 3000, 4-ой- 4000 и 5-ой -5000 мг/кг. Животным контрольной группы вводили дистиллированную воду. Наблюдение за общим состоянием животных велось ежедневно в течение 14 суток. В опытных группах за время экспериментов не наблюдались признаки интоксикации. Общее состояние животных, потребление пищи и воды, особенности поведения, координация движения, реакция на внешние раздражители, состояние шерстного и кожного покровов, окраска слизистых оболочек не от-

личались от показателей контрольной группы. Из-за отсутствия гибели животных установить ЛД₅₀ не представилось возможным. Результаты исследований позволили отнести биопокрытие к 5-му классу – практически нетоксичное вещество.

Во 2-ой серии опытов токсичность растворов при ежедневном 30-дневном введении per os изучена на 24 белых крысах, которых распределили на 4 группы по 6 особей в каждой группе. Животные 1 группы подвергались воздействию дозы 10, 2 группы - 100, 3 группы - 200 мг/кг. 4 группа служила контролем. Установлено, что длительное воздействие доз хорошо переносится подопытными животными. Показатели общего состояния, поведения, прироста массы тела, динамики гематологических показателей периферической крови и биохимических показателей в сыворотке крови после воздействия вещества не выявили статистически значимых различий у животных опытных групп по сравнению с контрольными данными.

Заключение. Результаты исследований отечественного покрытия для лечения проникающих ранений глаз в дозах 1000,2000,3000,4000 и 5000 мг/кг позволили отнести биопокрытие к 5-му классу – практически нетоксичное вещество. Длительное внутрижелудочное введение растворов биоактивного покрытия в дозах 10, 100 и 200 мг/кг не оказывает токсического воздействия на гематологические и биохимические показатели крови.

Литература

1. ГОСТ ISO 10993-5-2011 Изделия медицинские. Оценка биологического действия медицинских изделий. Часть 11.
2. T.Velpandian (editor) Pharmacology of Ocular Therapeutics /New Delhi, India.- 2016.- 534 p.
3. Bains F., Perero S., Ferraris S. et al. Biomaterials for orbital implants and ocular prostheses: overview and future prospects //Acta Biomater.2014 Mar;10(3):1064-87. doi: 10.1016/j.actbio.2013.12.014. Epub 2013 Dec 14.
4. Bains F., Perero S., Ferraris S., Miola M., Balagna C., Vern E., Ferraris M. (2014). Biomaterials for orbital implants and ocular prostheses: Overview and future prospects //Acta Biomaterialia. <https://doi.org/10.1016/j.actbio.2013.12.01.0>.
5. Заявка на полезную модель Глазная лекарственная пленка для лечения инфицированных ран в эксперименте. Авторы: Ниязова З.А., Саримсаков А.А., Херай Л.Н., Бузруков Б.Т. и др. FAP 2019 0104.
6. Европейская конвенция по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных исследований или в иных научных целях (ETS № 123, Страсбург, 1986.-20с. <http://conventions.coe.int>.
7. Макаров В.Г. и соавт. Справочник. Физиологические, биохимические и биометрические показатели нормы экспериментальных животных. СПб.: Изд-во «ЛЕМА», 2013, - 116 с.
8. Саноцкий И.В. Методы определения токсичности и опасности химических веществ. М.-1970.- С.161-163; 175-177.
9. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств. Под общей редакцией Миронова А.Н. Часть 1.-М.-Гриф и К.-М.- 2012.- 944 с.
- 10.Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. Под общей ред. Р.У.Хабриева -2-изд., -М.-ОАО «Изд.»Медицина».- 2005.-С. 87-100.
- 11.Parasuraman S. Toxicological screening // J. Pharmacol Pharmacother. 2011 Apr-Jun; 2(2): 74-79.
- 12.Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика /Уч. пособ.-СПб.- ООО «Издательство Фолиант».- 2003.- 432 с.

13. Жаров В. В. Научное обоснование модели офтальмологической клиники региона и медико-экономическая эффективность ее деятельности / Дисс. доктора мед. наук. - Л. - 2003. - 420 с.

ОЦЕНКА МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

¹Хегай Л.Н., ¹Рахманов А.Х.,
²Ниязова З.А., ³Сыдиқов А. А.

Проведены токсикологические исследования для

оценки биомедицинской безопасности домашнего раневого покрытия для лечения проникающих поврежденных глаза. Установлено, что покрытие по параметрам острой токсичности относится к 5 классу - практически нетоксичное вещество. Длительное внутрижелудочное введение растворов биоактивного покрытия в дозах 10, 100 и 200 мг / кг не оказывает токсического действия на гематологические, биохимические и интегральные показатели экспериментальных животных.

УДК: 613.12. /2.035. /2.038. 614.445. /777.

МАКТАБГАЧА ВА МАКТАБ ЁШИДА ОКСАЛАТ НЕФРОПАТИЯЛИ БОЛАЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШИ ВА ОЗИҚ-ОВҚАТЛАР СИФАТИНИ ГИГИЕНИК ТАҲЛИЛИ

Шайхова Г.И., Тажиева З.Б.

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПИТАНИЯ И КАЧЕСТВА ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ДЕТЕЙ С ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ И ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Шайхова Г.И., Тажиева З.Б.

HYGIENIC ANALYSIS OF NUTRITION AND FOOD QUALITY OF CHILDREN WITH OXALATE NEPHROPATHY IN PRESCHOOL AND SCHOOL AGE.

Shaikhova G.I., Tajieva Z.B.

Тошкент тиббиёт академияси

В последние годы наблюдается рост заболеваемости почек у детей, в том числе дисметаболической нефропатии, которая по мере улучшения диагностики ведет к ухудшению экологической ситуации. В связи с этим важно своевременно диагностировать детей, назначать адекватную диету.

В данной статье несоблюдение требований к качеству воды и продуктов питания в регионе приводит к развитию дисметаболической нефропатии, в то время как вторичный иммунодефицит у детей ассоциируется с усилением микробно-воспалительных процессов в мочевыводящей системе, дисметаболическими заболеваниями. Статья посвящена гигиеническому анализу питания и качества пищевых продуктов детей с оксалатной нефропатией, основным критериям кормления детей с оксалатной нефропатией.

Ключевые слова: дисметаболическая нефропатия у детей, диетотерапия, кристаллурия, оксалурия.

In recent years, the frequency of kidney diseases in children, including dysmetabolic nephropathy, has increased, which is associated both with improving the quality of diagnosis and the deterioration of the ecological situation. In this regard, the problem of early diagnosis, the appointment of adequate diet and drug therapy is relevant.

The article deals with the problem of etiology, pathogenesis, as well as criteria for the diagnosis of dysmetabolic nephropathy in children. Attention is paid to the clinical manifestations of this pathology and the basic principles of treatment and prevention.

Key words: children, dysmetabolic nephropathy, crystalluria, oxalaturia.

Соғлиқни сақлаш ташкилоти ва ижтимоий педиатриянинг энг муҳим илмий-амалий йўналишидан бири болалар саломатлигини ўрганишда ҳудудий ёндошиш ҳисобланади [1,2,3,4]. Унинг шаклланишида болаларнинг климатогеографик, экологик ва иқтисодий яшаш шароитлари таъсир кўрсатади, аҳолининг миграция даражаси, этник ва ижтимоий-маданий хусусиятлари, шунингдек, даволаш профилактик муассасаларида материал-техник базасининг фарқ қилиши муҳим ўрин эгаллайди [6,9,10]. Дисметаболик нефропатия ва сийдик-тош касаллиги экологик ноқулай ҳудудларда тарқалиши бўйича биринчи ўринда туради [5,6].

Тадқиқот мақсади: оксалат нефропатия тарқалишини ўрганиш ва экологик жиҳатдан ноқулай ҳудудларда мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар учун профилактика ва реабилитация тадбирларини такомиллаштириш.

Тадқиқот усуллари. Хоразм вилоятида истиқомат қилувчи оксалатли нефропатияли мактабгача

ва мактаб ёшидаги болаларнинг фактик овқатланиши, ичимлик сувини ҳисобга олган ҳолда дисметаболик нефропатиянинг давоси ва профилактик чора тадбирларни оптималлаштириш.

Тадқиқотимизда овқатланишнинг табиатини баҳолаш шуни кўрсатдики, барча шаҳарлардаги болаларнинг овқатланишида умумий ҳолат кузатилиши мумкин: гўшт ва ёғ танқислиги, сут маҳсулотлари, сабзавотлар ва меваларнинг кескин танқислиги, шакарнинг ортиқча миқдори, аммо адабиётларга кўра, юқори даражада шавель кислотаси ва уратлар метаболизми бузулиши гўшт ва сут маҳсулотларини ортиқча истеъмол қилиш билан боғлиқлиги ҳаммага маълум (Н.П. Шабалов, 2001). Бизнинг тадқиқотимизда бу ҳақиқат қисман тасдиқланди. Демак, тан олиш керакки, антропоген омили ва парҳезнинг табиати Хоразм вилоятида ДМН ривожланишининг биринчи даражали ҳавф омиллари сифатида аниқланган. Фактларни тасдиқлаш учун биз Хоразм

вилояти аҳолисининг озиқ-овқат маҳсулотларининг сифатини таҳлил қилиш тестларининг натижаларини тақдим этамиз.

2017-2019 йиллар олинган натижаларга асосланиб шуни айтиш мумкинки, 6349 текширилган 15 хил овқат маҳсулотлари учун 2255та синама ўтказилган. Шулардан медико-биологик жавоб бермагани 30 тани ҳосил қилган, ГОСТ талабига жавоб бермагани 107 тани ташкил қилган, 2803 тасида эса токсик элементлар аниқланган.

Аниқланган эссенциал ва токсик элементларнинг ўзаро таъсири касал боланинг танасида токсик элементларнинг тўпланиши ва асосий макро- ва микроэлементларнинг етишмовчилиги шароитида уларнинг тубулоинтерстициал тўқима зарарланишида иштирок этишини акс эттиради. Ваҳоланки, токсик элементларнинг ижобий ўзаро таъсири уларнинг нафақат ушбу патологияга эга бўлган болаларнинг организмида тўпланишини, балки буйрак тузилмалари ва иммун тизимига салбий таъсир кўрсатадиган синергизмни ҳам англади.

Демак, токсикоген микроэлементларнинг (экзоген) овқат маҳсулотлари таркибида бола организмига тушиши, уларнинг орган ва тизимларда тўпланиши, аниқ номутаносиблиги, сувда кремний ва оғир металлларнинг кўпайиши янада ДМН тез ривожланишига ва уларнинг сийдикда номаён бўлиши, юқори даражадаги оксалатурия, кристаллурия, шунингдек метаболизмнинг бузилишига, катталарда ва ҳатто болаларда ҳам СТК нинг янада ривожланишига асосий омил бўлади.

Олинган маълумотлар таҳлили шуни кўрсатдики кузутув гуруҳидаги болалар овқат рационидagi асосий озиқ-овқат маҳсулотларидан гўшт маҳсулотлари (мол, қўй, товуқ гўшти ва уларнинг маҳсулотлари) қишки-баҳорги мавсумда мос равишда 22,6-25% меъёрдан кам бўлган бўлса, ёзги-кузги мавсумда меъёрдан 25,7-29,4% кам эканлиги аниқланди. Хоразм вилояти Амударё ёнида жойлашганлиги ва у ердаги сув хавзаларнинг кўплигига қарамасдан болалар балиқ маҳсулотларини қишки-баҳорги мавсумда белгиланган меъёрнинг 1/3 қисмини истеъмол қилаётганлигини кўришимиз мумкин, бу кўрсаткичлар ёзги-кузги мавсумга бироз ошган бўлиб меъёрнинг деярли ярмини ташкил қилган.

Сут маҳсулотлари озуқавий қиймати кўрсаткичлари юқори бўлган маҳсулотлар гуруҳига киради: таркибида салмоқли миқдорда алмаштириб бўлмас нутриетлар мавжуд бўлиб, юқори даражада ҳазмлашиш ва сўрилиш қобилиятига эга. Овқатланишда сут маҳсулотлари ҳайвон оқсилли (алмаштириб бўлмас аминокислоталар), кальций, фосфор, В₂ ва А витаминларининг асосий манбаидир, болалар организмининг ўсиб ривожланишида эса ушбу моддалар катта аҳамият касб этади. Кузатувдаги асосий гуруҳ болалар сут маҳсулотларини ҳар икккала мавсумда ҳам тавсия қилинган меъёрнинг деярли ярмини (қиш-баҳор мавсумида 43,5-53,4%, ёз-куз мавсумида 41,4-50,4%) истеъмол қилганлиги кузатилди.

Тухум оқи асосан оқсилларга, сариғи эса темир элементи, ёғларнинг барча заҳиралари, А, В ва D ви-

таминлари, холин ва лецитинга бойдир. Овқат рациони таҳлилида тухум меъёрдан мавсумга мос равишда 26-33% ва 34-43,8% кам эканлиги кузатилди.

Нон маҳсулотлари рациондаги кундалик истеъмол қилинувчи маҳсулотлар сирасига кириб, юқори озуқавий қийматга эга ва организмни мураккаб углеводлар (крахмал ва овқат толалари), оқсиллар, витаминлар (В1, В2, В6, РР, фолацин, Е), магний, темир билан таъминлайди. Нон маҳсулотлари (нон ва ун маҳсулотлари) ҳар икки (қиш-баҳор ва ёз-куз) мавсумда учта гуруҳда ҳам меъёрдан мос равишда 33,2-51,8% кўп истеъмол қилинган.

Дуккаклар ва ёрмалар инсон овқатланишидаги мураккаб углеводлар (крахмал)нинг асосий манбаи бўлиб, ушбу макронутриентнинг овқат билан 70-90 % тушишини таъминлайди. Уларнинг оқсилли лизин ва треонин бўйича танқисликка эга бўлиб, биологик қиймати юқори бўлмайди. Шу билан бир пайтда аралаш мувозанатлаштирилган овқатланиш рационида оқсилга бўлган эҳтиёжнинг 40 % га яқинини қондиради. Ушбу маҳсулотларни болалар меъёрга нисбатан сезиларсиз равишда камроқ (9,3-20,5%) истеъмол қилишганлиги аниқланди.

Сабзавот ва мевалар ўта муҳим алмаштирилмас нутриентлар: аскорбат кислотаси, β-каротин, биофлавоноидларнинг беназир манбаидир. Улар таркибида салмоқли миқдорда овқат толалари, магний, калий, темир, фолат кислотаси, К витамини мавжуд. Углеводлардан эса моно- ва дисахаридларнинг табиий шакллари нисбатан кенгроқ номаён бўлиб, бир қатор сабзавотлар (картошка)да эса салмоқли миқдорда крахмал ҳам мавжуддир. Картошкани болалар қишки-баҳорги мавсумда ёзги-кузги мавсумга нисбатан бирмунча кўпроқ (11,3-13,7 г.) истеъмол қилганлиги аниқланди. Сабзавотлар ва меваларни истеъмол қилиниши таҳлилида эса умуман тескари ҳолатни кўришимиз мумкин, яъни ёзги-кузги мавсумда қишки-баҳорги мавсумга нисбатан сабзавотлар 26,1-33,3 г ва мевалар 31,2-45,4 г кўп истеъмол қилинган. Бу ҳолатни ёзги-кузги мавсумда ушбу маҳсулотларни мўл-қўлчилиги ва таннархини арзонлиги билан изоҳлаш мумкин.

Болалар ўсимлик ёғларидан асосан пахта ва кунгабоқар ёғларини истеъмол қилишган бўлиб, бу маҳсулот мавсумидан қатъий назар меъёрдан 16,7-32,7% кам бўлган. Ҳайвон ёғларидан энг кўп сариёғ истеъмол қилинган, қишки-баҳорги мавсумда меъёрга нисбатан 81,5-87,3%ни, ёзги-кузги мавсумда 71-74%ни ташкил қилган.

Шакар ва қандолат маҳсулотлари овқат рационида ҳар иккала мавсумда ҳам меъёрдан кам эканлиги аниқланди: мос равишда 77,8-82,5% ва 70,1-76,5% . Шу таъкидлаб ўтиш лозимки ушбу маҳсулотларни кичик ёшдаги болаларда катта ёшдагиларга нисбатан нисбатан кўпроқ истеъмол қилишган.

Овқатланиш рационларининг қувватий қиймати ва кимёвий таркиби истеъмол қилинмайдиган қисмлар ва ошпазлик (иссиқлик) ишлови бериш вақтида таркибий қисмлар йўқотилишини назарда тутган ҳолда ҳисобланди.

Қишки-баҳорги мавсумда ёшига нисбатан асосий гуруҳдаги болалар истеъмол қилаётган озиқ-овқат маҳсулотлари

Озиқ-овқатлар	4-6 ёш		7-11 ёш		11-13 ёш	
	Меъёр, г	фактик, г (%)	Меъёр, г	фактик, г (%)	Меъёр, г	фактик, г (%)
Гўшт маҳсулотлари	95	73,5 (77,4)	125	95,3 (76,2)	135	101,2 (75,0)
Балиқ маҳсулотлари	20	6,8 (34,0)	30	11,6 (38,7)	35	12,1 (34,6)
Сут маҳсулотлари	600	320,4 (53,4)	510	245,8 (48,2)	535	232,5 (43,5)
Тухум (дона)	0,5	0,37 (74,0)	0,8	0,55 (68,8)	1,0	0,67 (67,0)
Нон маҳсулотлари	143	215,8 (150,9)	238	361,3 (151,8)	299	437,8 (146,4)
Дуккакли ва ёр-малар	20,5	18,6 (90,7)	21	17,9 (85,2)	22,5	19,6 (87,1)
Картошка	120	98,7 (82,3)	130	108,9 (83,8)	150	126,6 (84,4)
Сабзавотлар	191	136,7 (71,6)	300	216,9 (72,3)	313	225,4 (72,0)
Мева ва резаворлар	203	135,4 (66,7)	222	152,3 (68,6)	330	214,0 (64,8)
Ўсимлик ёғи	15	12,5 (83,3)	18	14,6 (81,1)	15	12,1 (80,7)
Ҳайвон ёғи	10	8,6 (86,0)	15	13,1 (87,3)	20	16,3 (81,5)
Шакар ва қандолат-чилик маҳсулотлари	60	49,5 (82,5)	65	52,4 (80,6)	69	53,7 (77,8)

Изоҳ: жадвалда СанМваҚ №0105-01 бўйича тавсия этилган бир кунлик озиқ-овқат маҳсулотлари миқдори ва тўплами ҳисобга олинган.

Овқатланиш рационининг биологик қийматини ҳисоблаш йўли орқали умумий оқсил меъёр билан қиёслганда: қишки-баҳорги мавсумда ёш гуруҳла-

рига мос равишда – 85,9:87,1:86,6 %, ёзги-кузги мавсумда – 81,7:83,6:82,1 %га эканлигини кўришимиз мумкин (3-4 жадваллар).

Ёзги-кузги мавсум ёшига нисбатан асосий гуруҳдаги болалар истеъмол қилаётган озиқ-овқат маҳсулотлари

Озиқ-овқатлар	4-6 ёш		7-10 ёш		11-13 ёш	
	Меъёр, г	Ҳақиқий, г (%)	Меъёр, г	Ҳақиқий, г (%)	Меъёр, г	Ҳақиқий, г (%)
Гўшт маҳсулотлари	95	70,6 (74,3)	125	90,7 (72,6)	135	95,3 (70,6)
Балиқ маҳсулотлари	20	9,7 (48,5)	30	14,2 (47,3)	35	16,4 (46,9)
Сут маҳсулотлари	600	302,6 (50,4)	510	227,6 (44,6)	535	221,6 (41,4)
Тухум (дона)	0,5	0,33 (66,0)	0,8	0,45 (56,3)	1,0	0,58 (58,0)
Нон маҳсулотлари	143	190,5 (133,2)	238	333,6 (140,2)	299	415,8 (139,1)
Дуккакли ва ёрмалар	20,5	17,2 (83,9)	21	16,7 (79,5)	22,5	18,2 (80,9)
Картошка	120	86,4 (72,0)	130	95,2 (73,2)	150	115,3 (76,9)
Сабзавотлар	191	162,8 (85,2)	300	251,1 (83,7)	313	258,7 (82,7)
Мева ва резаворлар	203	166,6 (82,1)	222	183,5 (82,7)	330	259,4 (78,6)
Ўсимлик ёғи	15	10,1 (67,3)	18	12,3 (68,3)	15	10,2 (68,0)
Ҳайвон ёғи	10	7,4 (74,0)	15	11,3 (75,3)	20	14,2 (71,0)
Шакар ва қандолат-чилик маҳсулотлари	60	45,9 (76,5)	65	49,1 (75,5)	69	48,4 (70,1)

Изоҳ: жадвалда СанМваҚ №0105-01 бўйича тавсия этилган бир кунлик озиқ-овқат маҳсулотлари миқдори ва тўплами ҳисобга олинган.

3-жадвал

Қишки-баҳорги мавсумда ёшига нисбатан асосий гуруҳдаги болалар истеъмол қилаётган озиқ-овқат ингредентлари

Озуқа моддалари	4-6 ёш			7-10 ёш			11-13 ёш		
	Меъёр	Ҳақ.	Танқ., %	Меъёр	Ҳақ.	Танқ., %	Меъёр	Ҳақ.	Танқ., %
Оқсил, г	70	60,1	14,1	80,5	70,1	12,9	88,5	76,6	13,4
ш.қ. ҳайвон оқсил, г	46	31,9	30,7	49	30,7	37,3	53	32,6	38,5
Ёғ, г	70	53,9	23,0	80	59,6	25,5	87,5	63,4	27,5
Углевод, г	270	264,3	2,1	340	357,0	-5,0	373	385,8	-3,4
Қувватмандлик, ккал	2000	1789,8	10,5	2400	2245,4	6,4	2650	2454,9	7,4
Минерал моддалар:									
Кальций, мг	900	554,7	38,4	1100	675,5	38,6	1200	702,4	41,5
Фосфор, мг	1350	955,5	29,2	1650	1184,4	28,2	1800	1283,4	28,7
Магний, мг	200	182,2	8,9	250	226,7	9,3	300	262,8	12,4
Темир, мг	10	7,9	21,0	12	9,7	19,2	16,5	12,3	25,5
Витаминлар:									
В1, мг	0,9	1	-11,1	1,2	1,25	-4,2	1,4	1,45	-3,6
В2, мг	1,0	0,74	26,0	1,4	1,1	21,4	1,7	1,21	28,8
А, мкг	500	391,6	21,7	700	554,3	20,8	900	707,7	21,4
РР, мг	11	9,2	16,4	15	12,7	15,3	18	15,8	12,2
С, мг	50	29,5	41,0	60	35,9	40,2	70	42,2	39,7

4-жадвал

Ёзги-кузги мавсумда ёшига нисбатан асосий гуруҳдаги болалар истеъмол қилаётган озиқ-овқат ингредентлари

Озуқа моддалари	4-6 ёш			7-10 ёш			11-13 ёш		
	Меъёр	Ҳақ.	Танқ., %	Меъёр	Ҳақ.	Танқ., %	Меъёр	Ҳақ.	Танқ., %
Оқсил, г	70	57,2	18,3	80,5	67,3	16,4	88,5	72,7	17,9
ш.қ. ҳайвон оқсил, г	46	28,9	37,2	49	29,4	40,0	53	29,6	44,2
Ёғ, г	70	48,1	31,3	80	53,5	33,1	87,5	60,5	30,9
Углевод, г	270	247,5	8,3	340	309,1	9,1	373	341,1	8,6
Қувватмандлик, ккал	2000	1696,6	15,2	2400	2080,8	13,3	2650	2275,4	14,1
Минерал моддалар:									
Кальций, мг	900	502,4	44,2	1100	638,8	41,9	1200	610,3	49,1
Фосфор, мг	1350	825,3	38,9	1650	999,4	39,4	1800	1121,8	37,7
Магний, мг	200	170,3	14,9	250	213,7	14,5	300	251,1	16,3
Темир, мг	10	6,8	32,0	12	8,8	26,7	16,5	9,8	40,6
Витаминлар:									
В1, мг	0,9	0,85	5,6	1,2	1,1	8,3	1,4	1,31	6,4
В2, мг	1,0	0,88	12,0	1,4	1,25	10,7	1,7	1,42	16,5
А, мкг	500	423,7	15,3	700	581,3	17,0	900	741,3	17,6
РР, мг	11	8,8	20,0	15	11,8	21,3	18	14,6	18,9
С, мг	50	41,6	16,8	60	49,3	17,8	70	57,2	18,3

Шу билан бирга, ҳайвон оқсилларининг миқдори овқат рациониди мавсумга мос равишда 20,7%дан 44,2%гача кам эканлиги аниқланди. Шунини алоҳида таъкидлаб ўтиш лозимки, болалар овқатланишида оқсилларнинг мувозанати организмнинг ўсиши ва ривожланишини таъминлайди. Одамнинг овқат рационидидаги оқсилнинг 55 % ҳайвон оқсиллари ва 45 % ўсимлик оқсиллари ҳисобига қондирилиши керак. Таҳлиллардан шунини айтишимиз мумкинки, фақатгина 4-6 ёшли болаларнинг ҳар иккала мавсумида ҳам ҳайвон ва ўсимлик оқсиллари нисбати деярли меъёрида бўлган, қолган ҳолатларда эса ўсимлик оқсиллари нисбатан кўп эканлиги кузатилди.

Болалар овқат рационидида ёғларнинг миқдори ҳам меъёрий кўрсаткичлардан кам эканлиги аниқланди: қишқи-баҳорги мавсумда мос равишда – 77,0:74,5:72,5 %га, ёзги-кузги мавсумда – 68,3:66,9:69,1 %га.

Болаларни овқат рационидидаги углеводлар таҳлил қилинганда, фақат иккита ҳолатда 7-10 ва 11-13 ёшли болаларнинг қишқи-баҳорги мавсумида меъёрдан кўп эканлиги, бошқа ҳолатларда эса бу кўрсаткич 90% кам эмаслигини кўришимиз мумкин.

Қувватмандлик қишқи-баҳорги мавсумда меъёрга нисбатан 89,5:93,6:92,6 %га қоплаган, ёзги-кузги мавсумда эса бу кўрсаткич ёшга мос равишда 84,8:86,7:85,9 %ни ташкил қилган. Шу ўринда қайд этиб ўтиш керакки, ҳар иккала мавсумда ҳам сарфланган қувватмандлик ҳеч бир гуруҳда тўлиқ қопланган эмас.

Рационал овқатланиш назариясига кўра овқат рационидидаги оқсил, ёғ ва углеводлар нисбати 1:1:4 нисбатда бўлиши лозим. Бизнинг изланишларимизда бу кўрсаткич қишқи-баҳорги мавсумда болаларнинг ёшига мос равишда 1:0,90:4,40; 1:0,85:5,10; 1:0,83:5,04 ни ташкил этган бўлса, ёзги-кузги мавсумда 1:0,84:4,3; 1:0,79:4,59; 1:0,83:4,69 эканлиги аниқланди. Овқат рационидидаги минерал элементлар таҳлили шунини кўрсатдики, кальций ёшига ва мавсумига мос равишда 50,9-61,6 % эканлиги аниқланди. Қолган микроэлементлар кўйидагича кўринишга эга бўлди: фосфор – 60,6-71,3%, магний – 83,7-91,1%, темир – 68,0-80,8%.

Болалар овқат рационидидаги витаминларни таҳлил қилиб шунини айтиш мумкинки, қишқи-баҳорги мавсумда барча ёш гуруҳларида витамин В1 меъёрдан бироз (3,6-11,1 %) кўп эканлиги аниқланди, лекин бошқа витаминларнинг ҳар иккала мавсумда ҳам меъёрдан паст (21,3-5,6 %) эканлигини кўришимиз мумкин.

Тадқиқотнинг амалий натижалари. Шундай қилиб, текширувдаги асосий гуруҳ болалар овқат рациони таҳлилида: нон маҳсулотлари йил давомида меъёрий ҳужжатларда тавсия этилаётган миқдордан 50 % гача ортиқча; бошқа турдаги озиқ-овқат маҳсулотлари, айниқса балиқ маҳсулотлари кўпол тарзда меъёрдан кам истеъмол қилинаётганлиги аниқланди. Овқат рационидидаги ҳаётий муҳим аҳамият касб этадиган озуқа моддалари таҳлилида оқ-

сил, ёғ ва углеводлар барча мавсумларда, айниқса ёғлар миқдори сезиларли даражада меъёрдан кам эканлиги кузатилди. Овқат рационининг қувватмандлиги меъёрга нисбатан 6,4-15,2% гача қопланмаган. Овқат рационининг озуқавий қийматга эга минерал моддалар ва витаминлар (витамин В1 бундан мустасно) таҳлилида ҳам ёш ва мавсумга мос равишда белгиланган меъёрлардан кам эканлигини аниқланди. Шунингдек оқсил, ёғ ва углеводлар миқдори нисбати таҳлилида барча ҳолатларда гигиеник меъёрлардан четга чиқиш кузатилди.

Хулоса. Умумий қилиб айтганимизда, текширилаётган асосий болалар гуруҳи ва болаларнинг сийдик ишлаб чиқариш тизимини касалликларининг касалхонага ётқизилган патологияси структураси, болалар яшайдиган ҳудудга, унинг экологик ва биогеохимик хусусиятларига боғлиқлигини кўрсатди. Минтақадаги сув ва озиқ-овқат рационининг паст сифати ва яроқсизлиги, талабларга жавоб бермаслиги дисметаболик нефропатия (оксалатурия, кристаллурия) тез-тез ривожланишига олиб келади, шу билан бирга болаларнинг иккиламчи иммунитет танқислиги сийдик ишлаб чиқариш тизимини микроб-яллиғланиш жараёнларининг кўпайишига, дисметаболик касалликларнинг сийдик тош касалликлари ривожланишига олиб келади.

Адабиётлар

1. Альбицкий В.Ю. ҳаммуаллифлар., Старейшее педиатрическое учреждение России. 2006;
2. Баранов А.А. ҳаммуаллифлар., Санаторно-курортное лечение при заболеваниях почек. 2008;
3. Стародубов В.И. ҳаммуаллифлар., Реформы здравоохранения в Узбекистане. 2004 № 6;
4. Китаева Ю.Ю. Диссертация 2011 года на тему “Эпидемиология и профилактика хронической болезни почек у детей и подростков”. Научная библиотека диссертаций и авторефератов 2011)
5. Царегородцев А.Д. 2003; Актуальные проблемы детской нефрологии. / III Конгресс педиатров-нефрологов России: Материалы конф. СПб: СПбГПМА, 2003. - С. 3-6.
6. Игнатова М.С. Актуальные проблемы нефрологии детского возраста в начале XXI века. Педиатрия 2007; 6: 6-13. (Ignatova M.S. Actual problems of a children's nephrology at the beginning of the 21st century. *Pediatrya* 2007;6:6-13. (inRuss.))
7. Игнатова М.С. (ред.). Роль неблагоприятных экологических факторов на развитие нефропатии у детей. Детская нефрология. М: МИА 2011; 75-81.
8. Игнатова М.С., Коровина Н.А. «Диагностика и лечение нефропатии у детей». Руководство для врачей. 2007;
9. Баранов А.А. ҳаммуаллифлар, Вопросы современной педиатрии / 2008/ ТОМ 7/ № 1.;
10. Шайхова Г.И. Озиқ-овқат маҳсулотлари таркибий қисмларининг биологик аҳамияти. Соғлом овқатланиш – саломатлик мезони. Монография. 2015.
11. Unsala A. et al. // J Endourol, 2013. Standard and tubeless mini-percutaneous nephrolithotomy: a randomized controlled trial. *Arab Journal of Urology* Volume 14, Issue 1, March 2013,
12. Худайбергенов Улугбек Атауллаевич. Ранняя диагностика и профилактика распространенных урологических заболеваний в условиях первичного звена здравоохранения. дисс. работа 2018.

МАКТАБГАЧА ВА МАКТАБ ЁШИДА ОКСАЛАТ НЕФРОПАТИЯЛИ БОЛАЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШИ ВА ОЗИҚ-ОВҚАТЛАР СИФАТИНИ ГИГИЕНИК ТАҲЛИЛИ

Шайхова Г.И., Тажиева З.Б.

Сўнги йилларда болалардаги буйрак касалликлари, шу жумладан дисметаболик нефропатия кўпайган, бу эса қанчалик таъхисотни яхшиланганлиги бўлса, шунчалик экологик вазиятнинг ёмонлашуви сабаб бўлмоқда. Шу муносабат билан болаларга ка-

салликни аниқлаш учун эрта таъхис қўйиш, етарли диетани ва дори дармонларни тайинлаш масаласи ўринли.

Ушбу мақолада болаларда дисметаболик нефропатиянинг этиологияси, патогинези, шунингдек диагностик мезонлари билан боғлиқ. Мақолада дисметаболик нефропатия касаллигининг клиник кўринишларига, даволаш ва олдини олишнинг асосий мезонларига эътибор қаратилган.

Калит сўзлар: болаларда дисметаболик нефропатия, диетатерапия, кристаллурия, оксалурия.

COVID-19 УЧУН МАХСУС КАСАЛХОНАЛАРДА ДАВОЛАНАЁТГАН БЕМОРЛАР ОВҚАТЛАНИШИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Шайхова Г.И., Саломова Ф.И., Отажонов И.О., Тошматова Г.О., Шарипова С.А.

АНАЛИЗ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ НА ЛЕЧЕНИИ В СПЕЦИАЛЬНЫХ БОЛЬНИЦАХ ПО COVID-19

Шайхова Г.И., Саломова Ф.И., Отажонов И.О., Тошматова Г.О., С.А. Шарипова

ANALYSIS OF NUTRITION OF PATIENTS TREATED IN SPECIAL HOSPITALS FOR COVID-19

Shaikhova G.I., Salomova F.I., Otazhonov I.O., Toshmatova G.O., Sharipova S.A.

Тошкент тиббиёт академияси

В статье анализируются данные о состоянии питания пациентов, находящихся в лечебно-профилактических учреждениях, предназначенных для лечения больных Covid-19. Установлено, что в больнице не выделены штатные единицы для врачей-диетологов и диет медсестр. Основная часть еды для больных в течение дня - это твердая пища. Напитки и настойки, богатые витамином С в недостаточном количестве включены в рацион питания больных. Даны рекомендации по правильной организации питания пациентов с учетом выявленных недостатков.

Ключевые слова: коронавирус, больные, рацион питания, питательные вещества.

The article analyzes the nutritional status of patients undergoing treatment in special hospitals for Covid-19. As a result, it was found that the hospital does not allocate staff units for dietitians and nurses' diets, the bulk of the food delivered to patients during the day is solid food, drinks and tinctures rich in vitamin C are less included in the diet of patients. Recommendations are given on the correct organization of nutrition for patients, taking into account the identified deficiencies.

Key words: coronavirus, patients, diet, nutrients. Тошкент тиббиёт академияси

COVID-19, янги коронавирус келтириб чиқарадиган касаллик бўлиб, пандемия билан инсонлар учун глобал таҳдидга айланди. Коронавирус асосан инсон нафас олиш тизимига таъсир қилувчи асосий патогенлардан биридир. 2019-йилнинг декабр ойи охирида бир гуруҳ беморлар номаълум этиологияли пневмония ташхиси билан шифохонага ётқизилди [1].

Дастлабки ҳисоботларда COVID-19 касаллигини келтириб чиқарадиган SARS-CoV-2 деб номланган коронавирус эпидемияси бошланиши башорат қилинган эди. Давом этаётган эпидемия Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) томонидан соғлиқни сақлаш йўналишида дунё миқёсидаги фавкулдда ҳолат деб эълон қилинган [2].

Дунёни ларзага солган, пандемик ҳолатда тарқалишни авж олган Covid 19 касаллигидан химояланиш ва уни юқмаслигини олдини олдини олиш чора тадбирлари ҳозирги кунда энг долзарб муаммолардан бири эканлиги ҳеч кимга сир эмас.

Бу касаллик Ўзбекистон аҳолисини ҳам четлаб ўтгани йўқ, ҳозирги кундаги охириги ССВ берган маълумотларга кўра Covid-19 билан касалланганлар сони Ўзбекистон аҳолиси орасида 70444 кишини ташкил этади. Шу билан биргаликда яна шуни

хам айтиб ўтиш мумкинки, Ўзбекистонда Covid-19 касаллиги билан оғриб ўтган беморлар орасида соғайганлар сони 67714 кишини ташкил этиб умумий касалланганларнинг 96%и соғайганлиги ҳам аниқланган. Covid-19 касаллигидан соғайиш ва бу касалликни олдини олиш учун ҳозирги замон олимларининг таъкидлашича иммун тизимини мустаҳкамлашни тавсия этмоқдалар.

Маълумки иммун тизимини мустаҳкамлашда витаминга бой бўлган озуқа маҳсулотлар ўрни беқиёс, шу сабабли барча касалликларни даволашда овқатланишга алоҳида эътибор берилгани каби Covid-19 касаллигини даволашда ҳам беморлар таоммасига катта эътибор берилиши уларни тезроқ даволанишида муҳим ўринни эгаллайди. Олимлар фикрича юқори нафас йўллари респиратор касалликларини олдини олишда А, С, D, E, B₂, B₆ ва B₁₂, фолий кислотаси каби витаминлар ва минерал моддалардан темир, селен ва рух моддалари билан таомномани бойитиш профилактик чора-тадбирларда катта аҳамиятни касб этади. Витамин D етишмовчилиги респиратор инфекцион касалликларни кўпайишида ҳам муҳим омил ҳисобланади. Юқумли касалликларни даволашда ва олдини олишда Певзнер пархез столлари ичида 13-пархез

столи бўйича таом тайёрлаш ва беморларга тарқатилиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади. 13 парҳез столда таомлар энгил қайнатма ва буғ ҳолатда тайёрланган бўлиши таркибида кўп миқдорда витаминга бой ҳўл мева ва сабзавотлардан салатлар бериш тавсия этилади.

Одамларнинг овқатланиш ҳолати беқарорликка қарши турғунлик кўрсаткичи ҳисобланади [3]. Ҳақиқатдан, сифатсиз овқатланиш овқатланиш нафақат жисмоний, балки руҳий саломатлик билан ҳам боғлиқ [4]. Мутаносиб овқатланиш ва парҳез рацион - бу шахсдан, жамоадан устун бўлган ва глобал таъсирга йўл эришиш имкониятини берадиган манба [5].

Тадқиқотнинг мақсади Covid-19 учун махсус касалхоналарда даволанаётган беморлар ва уларнинг овқатланиши таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва методлари. 2020 йил август ойида Covid-19 учун махсус касалхоналарда даволанаётган беморлар овқатланиш ҳолати ўрганилди. Бунинг учун ошхонада беморлар учун тузилган 7 кунлик парҳез стол таркибидаги озиқ-овқат маҳсулотларини таҳлил қилиш орқали овқат рационидаги озуқа моддалар ва қувватмандлик ҳам аниқланди.

Олинган натижалар. Биринчи навбатда беморлар учун тайёрланаётган 7 кунлик парҳез столни таҳлил қилиб шуни айтишимиз мумкинки, асосий озиқ-овқат маҳсулотларидан нонни беморлар кунига ўртача 300 гр, гўштни 163 гр, сут маҳсулотларини 165 гр, дуккали ва ёрмаларни 110 гр, тухумни 0,6 дона, шакарни 30 гр, сариеғ 25 гр, ўсимлик ёғи 27 гр, картошка 157 гр, сабзавотлар 364 гр ва мевалар 200 гр эканлиги аниқланди.

Ҳафталик овқат рационидаги озуқа моддалар таҳлилидан (1-жадвал) умумий оқсилни ҳайвон оқсиллари 41,0-52,5 %гача, ўсимлик оқсиллари эса 47,5-49,0 %гача ташкил қилган. Оқсилнинг ҳайвон ва ўсимлик нисбати таққосланганда ҳайвон оқсилли 41,0 %дан 52,5 %гача, ўсимлик оқсилли эса 59,0 %дан 47,5 % гача ташкил қилган. Овқат рационини қувватмандлиги беморларни кун давомида керакли бўлган қувват билан таъминлашга етарли ҳисобланади. Лекин шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш лозимки, касалхона даволанаётган беморларга овқат рационини тузишда асосан 15 парҳел столга асосланиб тузилган бўлиб, қўшимча касалликлар мавжуд ҳолатлар инobatга олинмаган.

1-жадвал

Covid-19 учун махсус касалхоналарда даволанаётган беморларга берилаётган парҳез столларидаги озуқа моддалар миқдори

	Оқсил, гр			Ёғ, гр	Углевод, гр	Қувватмандлик, ккал
	Ҳайвон	Ўсимлик	Умумий			
1-кун	52,1	61,3	113,4	86,8	342,3	2667,2
2-кун	51,1	51,3	102,4	89,3	332,3	2551,8
3-кун	50,1	53,2	103,3	92,8	349,9	2660,4
4-кун	55,0	49,8	104,8	90,9	341,6	2610,9
5-кун	51,8	55,6	107,4	88,8	339,1	2653,3
6-кун	37,9	54,6	92,5	88,5	361,6	2664,1
7-кун	51,3	51,4	102,7	92,1	353,7	2649,9

Оқсил, ёғ ва углеводлар нисбати 2-жадалда кўрсатилган, бунда инсон организми учун зарур ҳисобланадиган оқсил беморлар парҳез столида етарли миқдорда эканлигини кўришимиз мумкин, яъни озуқа моддалар нисбатани 1:1:4 га яқин эканлиги аниқланди.

2-жадвал

Овқат рационидаги оқсил, ёғ ва углеводларни нисбати

	Оқсил	Ёғ	Углевод
1-кун	1,0	0,8	3,0
2-кун	1,0	0,9	3,2
3-кун	1,0	0,9	3,4
4-кун	1,0	0,9	3,3
5-кун	1,0	0,8	3,2
6-кун	1,0	1,0	3,9
7-кун	1,0	0,9	3,4

Беморларнинг кун давомида қабул қилаётган қувватмандлиги тақсимланишини таҳлил қилиб (3-жадвал) шуни таъкидлаш лозимки, уларга 3 маҳал овқат берилган, лекин улар кун давомида камида 4 маҳал овқатланиши керак.

3-жадвал

Беморларнинг кун давомида қабул қилаётган қувватмандлигини тақсимланиши (%ларда)

	Нонушта	Тушлик	Кеки овқат
1-кун	27,6	47,3	25,1
2-кун	26,5	49,9	23,6
3-кун	28,8	45,8	25,4
4-кун	25,9	48,8	25,3
5-кун	28,1	47,8	24,1
6-кун	26,8	47,4	25,8
7-кун	27,2	47,7	25,1

Шу билан биргаликда касалхонада беморлар овқатланишини ташкил этишда қўйидаги камчиликлар аниқланди:

Таомларни тайёрлаш ва тарқатиш жараёнида овқат таркибидаги витаминлар ва минерал элементлар миқдори ҳисобга олинмаган;

Кун давомида беморлар келтириладиган таомларни асосий қисмини қуюқ овқатлар ташкил этади, бу эса беморларда қабзиятга сабаб бўлмоқда;

Беморларга витамин С га бойитилган ичимлик ва дамламалар беморлар овқат рационига кам киририлган;

Covid-19 билан оғриган беморларга ҳўл меваларни ва сабзавотлардан тайёрланган салатларни бериш яхши йўлга қўйилмаган.

Касалхонада врач-диетолог ва парҳез хамширалари учун штат бирликлари ажратилмаган.

Касалхона даволанаётган беморларни овқатланишини тўғри ташкил қилиш учун қуйидаги тавсиялар берилди:

Беморлар таомномаси бериладиган 3 маҳаллик овқатланиш тартибини 4 маҳаллик яъни нонушта 20 - 25%, тушлик 35- 40%, толма чой 10%, кечки овқат 20- 25% ни ташкил этишини ташкиллаштириш;

Истемол қилинаётган таомларни витаминлар билан бойитиш мақсадида рационга мавсумий 400 гр ҳўл меваларни киритиш;

Юқумли касалликлардан химояланишда витамин Е ни ўрни муҳим бўлиб, витамин Е кунгабоқар ва ёнғоқ таркибида кўп миқдорда сақланади. Шунинг учун кун давомида икки ош қошиқ (25 гр) кунгабоқар ёғини овқат рационига киритиш;

Мавсумга мос ҳолда сабзавотлардан тайёрланган салатларни тушлик ва кечки овқатга қўшиш. Сабзавотлар ичида витамин С га бойлиги билан юқори ўринни эгаллаган карам ва кўкат қўшиб тайёрланган салатлар тури ва миқдорини ошириш;

Даволаниш жараёнида вирусга қарши чидамликни ошириш мақсадида витамин С га бой бўлган наъматак, лимон, смородина, ялпиз қўшиб тайёрланган 500 мл гача миқдорда ичимликлар, дамламаларни овқат рационига киритиш;

Беморларда кам ҳаракатлик ва қуюқ овқатни кўп истеъмол қилиш натижасида юзага келган қабзиятни олдини олиш мақсадида ўрик қоқисидан тайёрланган шарбатлар билан рационни бойитиш.

Вируслар ва микроблар токсинлари натижасида юзага келган интоксикацияни камайтириш мақсадида организмни тозалаш ва ювилиш жараёнини

фаоллаштирувчи имбир қўшиб тайёрланган чойларни рационга киритишни тавсия этилади.

Рух ва селен моддаси иммун тизимини адекватлигида муҳим минерал модда ҳисобланиб, мол ва товуқ жигари, пишлоқ, ёнғоқлар, тухум сариғи, творог таркибида селен моддаси кўп миқдорда сақланади. Кунлик эҳтиёжни селен моддаси билан бойитиш учун тухум сариғи ва 200 гр.гача творог, рух моддаси билан етарлича таъминлаш учун эса 50 гр. гача пишлоқ истеъмол қилиш тавсия қилинади.

Адабиётлар

1. Bogoch I.I., Watts A., Thomas-Bachli A., Huber C., Kraemer M.U., Khan K. Pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel. J Travel Med. 2020;272:1-3.

2. Zhu N., Zhang D., Wang W., Li X., Yang B., Song J., et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382:727-33. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.

3. Cobb T.D. Reclaiming our food: how the grassroots food movement is changing the way we eat. Storey Publishing, Adams, M.A., USA; 2001.

4. Hislop T.G., Bajdik C.D., Balneaves L.G., Holmes A., Chan S., Wu E., et al. Physical and emotional health effects and social consequences after participation in a low-fat, high-carbohydrate dietary trial for more than 5 years. J Clin Oncol. 2006;24:2311-7. doi: 10.1200/JCO.2005.04.3042.

5. Ma Y.J., Lee H.H. Understanding consumption behaviours for fair trade non-food products: focusing on self-transcendence and openness to change values. Int J. Consum Stud. 2012;36:622-34. doi: 10.1111/j.1470-6431.2011.01037.x.

COVID-19 УЧУН МАХСУС КАСАЛХОНАЛАРДА ДАВОЛАНАЁТГАН БЕМОРЛАР ОВҚАТЛАНИШИНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШ

Г.И.Шайхова, Ф.И.Саломова,
И.О.Отажонов, Г.О.Тошматов

Мақолада Covid-19 учун махсус касалхоналарда даволанаётган беморлар овқатланиш ҳолати таҳлил қилинган. Натижада касалхонада врач-диетолог ва парҳез хамширалари учун штат бирликлари ажратилмаганлиги, кун давомида беморларга келтириладиган таомларни асосий қисмини қуюқ овқатларни ташкил этиши, витамин С га бой бўлган ичимлик ва дамламалар беморлар овқат рационига кам киритилиши аниқланди. Аниқланган камчиликларга мос равишда беморлар овқатланишини тўғри ташкил этиш учун тавсиялар берилди.

Калит сўзлар: коронавирус, беморлар, овқат рациони, озуқа моддалар.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Статьи принимаются только оформленные в строгом соответствии с приведенными правилами!

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ

I. Рукопись статьи представляется в двух экземплярах с электронной версией, на узбекском или русском языках с экспертным заключением, сопроводительным письмом направляющего учреждения и рефератом (не менее 10 и не более 15 строк) на узбекском, русском и английском языках.

II. Рукопись должна быть набрана только на компьютере в программе «Word.» и распечатана четким шрифтом, размером 14 на одной стороне листа (формат А4) через полтора интервала с полями. Объем статьи не должен превышать указанного в каждой конкретной рубрике.

III. Структура статьи:

- вводная часть;
- методы исследований;
- результаты исследований;
- обсуждение;
- выводы;
- список использованной литературы, составленный в соответствии с библиографическими правилами.

Изложение материала должно быть ясное, сжатое, без длинных введений, повторений и дублирования в тексте таблиц и рисунков.

IV. Каждая статья должна содержать:

- 1) шифр УДК;
- 2) полное название статьи; на русском, узбекском и на английском языках
- 3) ученую степень, научное звание, инициалы и фамилии авторов;
- 4) название учреждения, в котором выполнена работа, с указанием инициалов и фамилии научного руководителя;
- 5) почтовый электронный адрес и телефоны автора, с кем следует вести редакционную работу.
- 6) визу руководителя работы или учреждения на право ее опубликования, а в конце статьи – подписи всех авторов.
- 7) слова, которые, по мнению автора должны быть выделены, подчеркиваются им в тексте. Специальные буквенные шрифты и символы (например, буквы греческого алфавита), а также ссылки на рисунки и таблицы выносятся на левое поле при первом их упоминании.

8) Единицы измерения должны быть выражены в единицах Международной системы (СИ), при необходимости в скобках после единицы измерения СИ может быть указана размерность в других системах.

9) обязательно должны быть аннотации на русском, узбекском и на английском языках

V. Список использованной литературы должен быть оформлен в строгом соответствии с правилами библиографического описания.

VI. Оформление иллюстраций. Все иллюстрации (рисунки, схемы, фотографии) должны быть в отдельном файле, сохраненные в формате CPT, BMP, CDR, JPG, TIF. На обороте каждой иллюстрации указывается «верх», номер рисунка, фамилия первого автора и название статьи. Иллюстрации должны быть пронумерованы согласно порядку их следования в тексте.

Подписи к рисункам печатаются на отдельном листе с указанием номера рисунка. В подписях к микрофотографиям указывается увеличение окуляра и объектива.

VII. Оформление таблиц. Каждая таблица печатается на отдельной странице через два интервала, должна иметь название и, при необходимости, подстрочные примечания. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы исследования.

VIII. Оформление формул. В формулах необходимо размечать:

- строчные и прописные буквы (прописные обозначаются двумя черточками снизу, а строчные – двумя черточками сверху);
- латинские и греческие буквы (латинские обводятся красным, а греческие – синим цветом);
- подстрочные и надстрочные буквы и цифры.

IX. Оформление литературы. В библиографический список вносится не более 10 работ (за исключением обзорных статей), опубликованных за последние 5 лет. На все работы, включенные в библиографический список, в тексте обязательно приводятся ссылки в квадратных скобках!!! Список литературы составляется в соответствии с ГОСТом «Библиографическое описание документа» и помещается в конце статьи. Библиография составляется строго в алфавитном порядке по фамилии первого автора и в хронологическом, если приводится несколько публикаций одного и того же автора. Названия статей и книг и журналов приводятся на том языке, на котором они были изданы. Перевод на язык представляемой статьи не допускается!!!

X. В списке должны быть приведены: по книгам – фамилия автора (ов) и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам научных трудов: фамилия автора и его инициалы, название статьи, название журнала или сборника, номер журнала, номер страницы – от и до. В список не включаются диссертации и авторефераты к ним.

Список должен быть тщательно выверен автором.

XI. Направление в редакцию работ уже посланных в другие издания или ранее опубликованных, недопустимо.

XII. Статьи, оформленные не по правилам не рассматриваются.

ВЕСТНИК ТМА

Спец. выпуск

2020

Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М.Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: **Ташкентская медицинская академия**

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять по адресу: rio-tma@mail.ru

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 100.

Цена договорная.

100109 г, Ташкент, Алмазарский р-н, ул. Фароби 2, тел (998 71) 214-90-64