

MUNDARIJA
СОДЕРЖАНИЕ
CONTENT

Абдуллаев А., Муродов Б. Илмий ва амалий ҳамкорлик	3
Абдуллаев И.К., Дўсчанов Ш.Б., Маткаримов М.У. Кекса ёшдаги аҳоли саломатлиги тўғрисида айрим маълумотлар	3
Абдуллаев Р.Б., Худойқулова Ф.Х., Ҳамидова Г.С. Қарияларда магнитотерапия ва игир ўсимлигининг сурункали гепатит касаллигини даволашдаги самарадорлиги	4
Абдуллаев Р., Ҳамидова Г., Полвонова С. Жигар ёғли гепатоз касаллигини қарияларда эрта аниқлаш ва самарали даволаш усуллари излаш	5
Аниезова Д.Ж. К вопросу о качестве жизни пожилых людей	5
Асадов Д.А., Касымов А.И. Гуманизация медицинского образования	8
Асадов Д., Ҳамроев А., Мирворисова Л., Арипов Т. Оролбўйи худудида сил касаллиги билан касалланишнинг ёшга доир хусусиятлари ва муаммолари	10
Атажонов У.Ж. Каримов Р.О. Буйрак касалликларида диетология - тўғри овқатланишнинг асоси	13
Атажонов У.Ж., Маткаримов М.У., Дўсчанов Ш.Б. Соғлом овқатланишнинг ҳазм тизими ва буйрак касалликларидаги аҳамияти	14
Атаханова Ш.Ш., Муминова Г.Г. Особенности лечения истираемости зубов у лиц пожилого возраста	15
Атаханова Л.Э., Талипова Ю.Ш., Сагатова Х.М., Тулабаева Г.М. Возможности коррекции климактерического синдрома и улучшение показателей качества жизни женщин в климактерии	16
Бекчанов Х.Н., Искандаров С. Создание полифункциональных новых препаратов на основе куркумы	17
Дусчанов Б., Рузметов Б., Исмоилов Б. Питание как основной фактор долголетия пожилых людей	18
Зокирхўжаев Ш.Я., Нарзиев Н. Ибн Сино таълимотида улуғ ёшдаги одамлар саломатлиги ҳақида	20

Иргашев Ш.Б. Исторические предпосылки и современные валеологические принципы сохранения здоровья пожилых и старых людей	22
Искандаров С., Бекчанов Х., Разикова И. Новые видения в создании гериопрепаратов	24
Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А., Бабажанов О.А. Результаты анкетирования пациентов по вопросам информирования их о своем здоровье ..	25
Кадыров А.М., Ахмедиева А.Т. Социально-экономические последствия изменения демографической структуры населения в современных условиях	28
Каримов Ш.И., Аталиев А.Е. Особенности течения, диагностики и тактические подходы к лечению абдоминальной хирургической патологии у пожилых	30
Каюмов У.К., Саипова М.Л. Связь динамики распространённости основных компонентов метаболического синдрома с возрастом популяции	32
Мавлянов Ж.А., Мавлянов А.Р. Показатели функционального состояния вегетативной нервной системы у лиц пожилого и старческого возраста язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки	33
Мавлянов А.Р., Мавлянов Ж.А. Клиническое значение процессов п-ацетилирования у лиц пожилого и старческого возраста при осложнениях язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	35
Мадаминов Р., Тешаев О., Аталиев А. Худайбергана Н., Рузиев У. Особенности диагностики и лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста	37
Маматова Н.М. Тамаки чекиш муаммосининг кенг тарқалиб боришида ёшнинг аҳамияти	38
Маматова Н.М. Тамаки чекувчилар орасида касалланиш даражаси ва турлари..	39
Маткаримова Д.С., Рахманова У.У., Маткулиева М. Тенденции и особенности иммунного микротромбозоваскулита (имтв) и идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (итп) у	

- пожилых лиц в условиях Южного Приаралья41
- Муминова Г.Г., Абдюсупова К.М., Фаттахов Ш.А.** Особенности течения красного плоского лишая у лиц пожилого возраста41
- Назирова М. Н.** Ёшликни сакловчи маъжун42
- Назирова М.Н.** Кексайишни узоклаштирувчи маъжун43
- Отабоев Ш.Т., Дўсчанов Б.** Экология ва умрбоқийлик муаммолари45
- Рузиев У., Мавлянов А., Мавлянов Ж.** Влияние персистенции helicobacter pylori на активность системы перекисного окисления липидов – антиоксидантной защиты и степень эндотоксемии у лиц пожилого и старческого возраста с гастродуоденальной язвой46
- Рўзметов Б., Дўсчанов Б.** Ўзбекистонда аҳоли саломатлиги ва фаровонлигини таъминлашнинг устувор йўналишлари .48
- Саидов С., Джаббаров Н., Акбаров Д.** Кекса ёшда вазомотор бузилишлар билан асоратланган ҳолатларни комплекс физиоген даволаш50
- Собиров Р., Жалилов Х., Дўсчанов Ш., Собиров Х.** Гериатрияда ишлатадиган доривор ўсимликлар52
- Содиқова Ш.М.** Шарқда қарияларни кадрлаш масалалари53
- Талипова Ю.Ш., Атаханова Л.Э., Тулабаева Г.М., Хашимова Л.А., Сагадова Х.М.** Изучение кальциноза клапанных структур сердца у лиц пожилого и старческого возраста56
- Тулабаева Г.М., Исмаилова М.Ш., Сагадова Х.М., Хусанов А.А.** Кардиопротективный эффект моксонидина у больных артериальной гипертензией57
- Турсунов Э., Каримова Г., Жамолов Н., Ниғматова Д.** Қарияларни ижтимоий муҳофаза қилишда поликлиника ва маҳалла ҳамкорлигининг роли ҳақида ..58
- Турсунов Э., Вафоев Д., Минзагитова С.** Морфологические и морфометрические изменения нейронов головного мозга у людей старческого возраста59
- Хамраев А.К., Сейтмуратов Р.К., Мадраимов А.** О динамике заболеваемости туберкулезом в Республике Каракалпакстан.....60
- Холов Х.А., Тешаев О.Р., Аталиев А.Е., Мавлянов А.Р.** Клинические особенности течения неосложненной язвы у лиц пожилого и старческого возраста63
- Худайберганов А.С.** Проблемы питания в геронтологии64
- Худайбергенов А.М., Атаханова Л.Э., Насриддинова Н.Н.** Проблемы геронтологии в современном Узбекистане67
- Худайбергенов А.М., Дадаев Х.А.** Геронтология в трудах Ибн Сины71
- Худайбергенов А.М., Дадаев Х.А.** Ароматотерапия в геронтологии72
- Худайбергенова Н. Аталиев А., Мадаминов Р., Шатемиров В. Рузиев У.** Межмышечный минидоступ при холециститах у лиц пожилого и старческого возраста73
- Хусанов А.А., Тулабаева Г.М., Сагадова Х.М., Атаханова Л.Э., Талипова Ю.Ш., Азизова Ф.Ф.** Оценка эффективности дилтиазема у больных хронической обструктивной болезнью легких, ассоциированной с гипертонической болезнью74
- Чембаев Б.Р., Ешимбетова С.З.** Особенности шизофрении у больных пресенильного и сенильного возраста, совершивших общественно опасные действия, направленные против личности.....75
- Шукуруллаев К.Ш., Каландарова У.А., Матризаев Т.Ж.** Влияние бутадиона на течение “ адьювантного артрита “ у крыс разного возраста76
- Эшчанов Р., Собиров Р., Мурадов Б., Худайкулова Ф.** Гериатрияда янги хрозофорин препарати77
- Юсупова О., Атажонов У.** Кекса ёшли кишилар психогигиенаси78
- Қурбонов Ш., Дўсчанов Б., Қурбонов А., Раҳматуллаев Ё.** Узок умр кўриш ва тўғри (рационал) овқатланиш79
- Ғойипов М.А.** Абу Райхон Берунийнинг “Қадимги халқлардан қолган ёдгорликлар” асарида узок умр кўриш ҳақида82

ИЛМИЙ ВА АМАЛИЙ ҲАМКОРЛИК

**Абдуллаев А., Муротов Б. -
Қўқон “Меҳригиё” фирмаси,
Хоразм Маъмун академияси**

Кейинги йилларда Хоразм Маъмун академияси олимлари Қўқон туманида фаолият кўрсатаётган “Меҳригиё” фирмаси билан илмий ва амалий ҳамкорликни йўлга қўйдилар.

Асосий мақсад “Меҳригиё” фирмаси худудида ўстирилаётган доривор гиёҳлар ва Хоразм Маъмун академияси қошидаги “Доривор ўсимликлар боғи”да маданий ҳолда ўстирилиб келинаётган шифобахш ўсимликлар, шунингдек, хориждан Ўзбекистон ички бозорига ярим хом-ашё сифатида кириб келаётган, Ўзбекистон флорасида учрамайдиган, таркибида биологик фоал гериатрик моддалардан иборат профилактик ичимликлар, йиғма чойлар ва бальзамларни ишлаб чиқарилишини йўлга қўйишдан иборат.

Ҳозирда “Меҳригиё” фирмасида гериатрик шифо мақсадида ишлатиш мумкин бўлган доривор ўсимликлардан фойдаланиш йўлга қўйилди. Улар – Қизилмия илдизи (солodka голоя), тухумак (сафора японская), ҳақиқий женьшень (женьшень настоящий), манжурия аралияси (аралия манжурская), эхинопанакс (заманиха высокая), электрококк (электрококк колючий), Хитой схизандраси (лимонник китайский) ва бошқалар. Бу ўсимликларнинг шифобахш қисмларидан “Хаома” йиғмаси, “Подшолар” дориси, “Олатов” бальзами, “Хива” бальзами йиғма дори шаклида ва бир нечта турдаги фито чойлар тайёрланиб, Хоразм вилояти дорихоналарига чиқарилган. Булар асосан кексаларга хос касалликларни олдини оладиган, даволайдиган шифобахш препаратлардир. Айниқса, қариб бораётган организмнинг адаптацион имкониятлари (тонуси)ни оширувчи, эндокрин безлар фаолиятини ошириб, моддалар алмашинувини яхшилашда ишлатилади.

Юқорида келтирилган препаратларнинг рецептураси, таркиби ва дори шаклини тайёрлаш технологияси, фармакологик таъсир механизми Хоразм Маъмун академияси олимлари томонидан илмий асосланган ҳолда тиббиёт амалиётига профилактик ва даво восита сифатида тавсия қилинмоқда.

КЕКСА ЁШДАГИ АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИ ТЎҒИСИДА АЙРИМ МАЪЛУМОТЛАР

**Абдуллаев И.К., Дўсчанов Ш.Б.,
Маткаримов М.У. – ТТА Урганч
филиали**

Жамият равнақиға ўзининг ақлий, маънавий ва жисмоний кучини сафарбар этган нафақа ёшидаги аҳоли қатламига малакали ва ихтисослашган тиббий хизматни сифатли ташкил этиш соғлиқни сақлаш тизимининг устивор вазибаларидан ҳисобланади.

Жами аҳолининг 49.2% ни ёши катта шахслар ташкил қилиб, мос равишда бугунги кунда ўртача умр давомийлиги Республикамиз бўйича 73.1 ёшга етган.

Юрак қон томир тизими касалликлари билан бирламчи касалланиш кўрсаткичи 2012 йилги маълумотларга кўра, 65 ёшдан катта аҳоли орасида, 65 ёшгача бўлганларга нисбатан 2,3 маротаба ёки 58% га юқори эканлиги аниқланган. Мос равишда ногиронлик 4.2 маротаба ва ўлим 8 маротаба кўплиги қайд этилган.

Онкологик касалликлар, буйрак ва сийдик йўллари касалликлари ҳамда асаб ва руҳий тизими касалликлари билан касалланиш даражаси бу ёшдаги беморларда 3 маротаба юқори ва кейинги 5 йилда ўсиш хусусияти аниқланган. Ушбу синф касалликларидан ногиронлик 5, ўлим эса 6 маротаба юқори.

Мурожаатларга кўра 65 ёшдан катта аҳоли 65 ёшгача бўлган аҳолига нисбатан ДПМларга қарийиб 12 маротаба кўп мурожат қилишган. Шундан 4 маротабаси ҚВПларга тўғри келади, стационарларда 1.2 маротаба кўп

ётишлари маълум бўлган. Бемоларнинг ўртача даволаниш кунлари 1,8 кунга юқори. Битта беморга тўғри келадиган ташхислар сонидоги нисбат ҳам 2,6 маротаба юқорилигини айтиш мумкин.

Герентолог мутахассисларининг сони 10000 аҳолига 7 тани ташкил этади. Республика реабилитация марказларининг сони 19 та ва қариялар ва фахрийларга ихтисослашган маказлар сони 12 тани ташкил этади. Республикамиздаги қатор тиббий тўпламларда алоҳида геронтология ва гериатрия соҳасидаги мақола ва тезислар нисбатан жуда камлигини таъкидлаш мумкин.

Хулоса сифатида айтиш мумкинки, қарияларга ихтисослашган тиббий муассасалар сонини режали кўпайтириш, тегишли мутахассисларни тайёрлашни йўлга қўйиш ва ушбу йўналишда алоҳида тиббий-ижтимоий ўрганишларни амалга ошириш ҳамда зарур амалий чоратадбирларни ишлаб чиқишни тақозо этади.

ҚАРИЯЛАРДА МАГНИТОТЕРАПИЯ ВА ИГИР ЎСИМЛИГИНИНГ СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДАГИ САМАРАДОРЛИГИ

**Абдуллаев Р.Б., Худойкулова Ф.Х.,
Ҳамидова Г.С. - ТТА Урганч филиали**

Илмий тадқиқотдан мақсад экологик жиҳатдан ноқулай ҳисобланган Хоразм вилояти шароитида қарияларда сурункали гепатит (СГ) касаллигини даволашнинг қулай, самарали ва тежамли усулини тақлиф этишдан иборат.

Кузатувимизда бўлган жами 62 қария (32 эркак, 30 аёл) даволаш мажмуасига қараб 4 гуруҳга бўлинди: 1- гуруҳдаги 16 беморга СГни даволаш учун умумқабул қилинган стандарт базис даво (УД) қўлланилди (контрол гуруҳ); 2- гуруҳдаги 14 беморга УДга қўшимча магнитотерапия киритилди; 3-гуруҳдаги 14 бемор УД мажмуасига Хоразм шароитида яхши ўсадиган игир илдизпоясининг дамламаси

қўшиб даволанди; 4-гуруҳдаги 18 бемор УД билан бирга магнитотерапия ҳамда игир дамламаси қабул қилишди. Барча гуруҳдаги беморларнинг жинси, касалликнинг оғирлик даражаси, даволаниш фасли ва шароити бир-биридан кескин фарқ қилмади. СГ ташхиси учун умумклиник, лаборатор, биокимёвий ва ультратовуш билан текшириш усуллари қўлланилди.

Магнитотерапия Россия Федерациясида ишлаб чиқарилган АМТ- 01 магнитерасбоби ёрдамида амалга оширилди. Бунинг учун 15 кун давомида, кунига бир маротаба, ўнг қовурға ости соҳасига 30 мТа кучланишдаги паст частотали магнит майдони (50 Гц) билан 20 минут давомида таъсир қилинди. Магнитотерапия муолажасини қўллашнинг назарий асосланиши унинг репаратив регенерация жараёнларига ижобий таъсири, яллиғланишга қарши ва оғриқсизлантирувчи самараси, микроциркуляцияни яхшилаш хусусиятлари билан изоҳланади.

Игир илдизпоясида 5% гача эфир, анорин гликозиди, 25% гача крахмал сақланади. Баргида эфир мойи, танидлар ва 150 мг % гача витамин - С бор. Табобатда игир илдизпоялари жигарнинг ўт ажратиш фаолиятини ҳамда ўт пуфаги тонусини нормаллаштириши тажриба йўли билан исботланган. Ўсимлик таркибидаги экстрактида оғриқ қолдириш ва спазмларни бартараф қилиш хусусиятига эга бўлган моддалар аниқланган. Тайёрлашда қуришиб майдаланган игир илдизпоясини (15 гр) сирланган идишга солиб, устига 0,5 л қайнаган сув қуйилади ва идиш қопқоғи ёпилади. Қайнаб турган сувда 30 дақиқа қўйилади, кейин ундан олиниб 10 дақиқа тиндирилади ва сузиб олинади. Тайёрланган дахлама 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал 18-20 кун давомида ичилади.

Терапевтик самара мезони сифатида беморларда клиник сиптомлар ва шикоятларнинг камайиши, умумий аҳолининг яхшиланиши, лаборатор кўрсаткичларнинг меъёрга қайтиши,

беморларнинг шифохонада ётиш муддати инобатга олинди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, СГ билан касалланган беморларнинг шифохонада ётиш муддати, умумий ахволининг яхшиланиш муддати, шикоятларининг камайиши 4-гуруҳда энг кам вақтни ташкил этди. Худди шундай ижобий кўрсаткичлар клиник симптомларнинг сўниш муддатида, лаборатор кўрсаткичларнинг яхшиланишида ҳам 4-гуруҳда яққол намоён бўлди.

Сурункали гепатит касаллигини даволашда умумқабул қилинган стандарт даволаш мажмуасига магнитотерапия ва ватанимизда ўсадиган даволовчи ўсимлик сифатида қўлланиладиган игир дамламасини қўллаш ишончли ижобий объектив ва клиник самара беради.

Шифохоналарда, поликлиникаларда, кишлоқ врачлик пунктларида (КВП) ҳатто уй шароитида сурункали гепатит касаллигини даволашда - тайёрланиши осон, захираси мўл, нархи арзон, самараси юқори бўлган мазкур даволаш усулини кенг йўлга қўйилишини таклиф қиламиз.

Шифохоналарда, КВП (ШВП) ва поликлиникаларда муолажа хонаси ёки физиотерапия хонасида шифокор назоратида бир нафар ҳамшира томонидан шу даволаш усули йўлга қўйилса анча фойдали бўлар эди.

ЖИГАР ЁҒЛИ ГЕПАТОЗ КАСАЛЛИГИНИ ҚАРИЯЛАРДА ЭРТА АНИҚЛАШ ВА САМАРАЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ИЗЛАШ

**Абдуллаев Р., Ҳамидова Г., Полвонова С. –
ТТА Урганч филиали, Ўзбекистон
врачлар уюшмаси**

Долзарблиги. Кейинги вақтларда қариялар ўртасида кам ҳаракатлик, бир зайлда овқатланиш, ёғли овқатларни кўп истеъмол қилиш “хайвон ёғлари” жигар ёғли гепатозига олиб келмоқда. Ёғли

гепатозлар ўз навбатида сурункали гепатит ва қолаверса жигар циррозига олиб келиб қариялар ўртасида ногиронликни кўпайишига олиб келмоқда.

Мақсад. Жигар ёғли гепатоз касаллигини эрта аниқлаш ва самарали даволаш усулларини излаш.

Материаллар ва услублар. Хоразм вилояти Янгибозор тумани “Халқобод” ҚВПда текширилган 350 нафар қария ўртасида УЗД диагностикаси ўтказилганда 68 та аёлда (ўртача ёши 63,2) ёғли гепатоз аниқланди. УЗД текширув ВМПР 840 аппаратида ўтказилди. Текширилган беморлар тенг 2 та гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳга – эссенциале препарати 1 капсуладан кунига 3 маҳал 3 ой давомида берилди ва 2-гуруҳга холудексан препарати 1 капсуладан кунига 2 маҳал 3 ой давомида берилди.

Натижалар ва хулоса. Даволашдан олдин текширувдан ўтказилган беморларда жигар эхогенлиги ошган, эхоструктураси майда дондор, томирлар сурати аниқ кўзга ташланмаслиги аниқланди. 3 ойлик даволашдан кейинги натижаларда куйидагилар аниқланди: 1-гуруҳ текширилганларда 11 тасида жигар эхогенлиги яхшиланди ва томирлар сурати яхши визуализацияланди, 2-гуруҳ ўртасида 23 тасида жигар эхогенлиги яхшиланди ва томирлар сурати яхши визуализацияланди.

Хулоса сифатида холудексан препарати ёғли гепатоз касаллигида кўпроқ самара кўрсатганлини айтиш мумкин.

К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Аниезова Д.Ж. - ТашИУВ

Старость - это естественный этап человеческого развития, который продлевается с каждым годом, благодаря развитию медицинских технологий и общественного здравоохранения. Показатели смертности значительно снизились во всем мире в результате предупреждения инфекционных заболеваний, путем применения вакцинации, соблюдения

гигиенических мер, а также улучшения уровня жизни. Все эти факторы привели к росту числа пожилых людей и повышению средней продолжительности жизни во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, в период между 2000 и 2050 гг. доля населения старше 60 лет в мире удвоится приблизительно с 11% до 22%, а их абсолютное число – с 605 миллионов до 2 миллиардов. Если средняя продолжительность жизни вначале 1950 гг. составляло 45 лет, к 2020 году она достигнет 73 лет.

Как и во всем мире, так и в Узбекистане доля людей в возрасте 60 лет и старше растет. Средняя продолжительность жизни также растет. Если в 2000 году она составляла 70 лет, в 2010 году составила 73 года.

В нашей стране к пожилым людям относятся с уважением как к «старейшинам». Благодаря своей мудрости, люди старшего поколения являются потенциалом общества. Они участвуют в общественной, культурной и духовной деятельности путем привлечения в махаллинские комитеты, работают оксакалами и советниками махалли, передают культурные ценности молодому поколению.

Пожилые люди работают, добровольно участвуют в общественных делах, а также оказывает поддержку своим детям после выхода на пенсию. Пожилые люди являются трудовым ресурсом страны, так как они имеют огромный багаж знаний, отработанные годами профессиональные навыки и практический опыт, что вносит вклад в социально-экономическое развитие. По результатам проведенного в 2000 году опроса, пожилые люди с высшим и средним специальным образованием, квалифицированными навыками в различных сферах деятельности составляли 88,88% в городе и 83,05% сельской местности. Доля работающих пенсионеров составляла 52,9%, являясь при этом финансовым источником для семьи. Мотивами продолжения трудовой

деятельности для них являлись моральная, социальная и материальная заинтересованность. Наряду с этим, неработающие пожилые люди, особенно женщины, являются незаменимыми помощниками семьи, так как они ведут домашнее хозяйство, воспитывают внуков.

Многие люди после 60 лет остаются активными и здоровыми. Хорошее здоровье очень важно для пожилых людей, так как это дает им возможность быть независимыми. Кроме того, увеличение продолжительности активной жизни данного слоя населения повышает экономическую эффективность их трудового потенциала. Однако, с годами состояние их здоровья ухудшается, в связи с возрастными изменениями (ухудшение слуха, зрения, ограничение подвижности) а также хроническими заболеваниями. Первичное звено играет большую роль в поддержании хорошего здоровья в пожилом возрасте, путем раннего выявления и лечения заболеваний, что предупреждает возникновение осложнений, которые могут требовать еще больших финансовых затрат. Результаты проведенных исследований в 2000 году, выявили потребности в медицинской помощи у 82%, в социальных услугах у 85,9%, в экономической поддержке у 58% пожилых лиц. Это приводит к увеличению нагрузки на систему здравоохранения, так как спрос на неотложную и первичную медико-санитарную помощь повышается. По результатам исследования, проведенного в Джизакской области, частота обращаемости населения в службу скорой медицинской помощи в 2005г составила 1039,4 на 10 тыс. населения, и 1266,9 в 2008г., увеличившись, таким образом, на 21%. Наибольшая доля вызовов (42,5%) поступила от лиц в возрасте 60 лет и старше, а также больных в возрасте 50-59 лет (12,4%). Основными причинами вызовов являлись хронические болезни системы кровообращения (60-69лет - 52,1%, 70-79 лет -

56,5%, 80 лет и более - 68,4%), органов дыхания и пищеварения.

В среднем у одного пожилого больного обнаруживаются сочетание от 2 и более патологий. Кроме того, заболевания ПЛ имеют ряд особенностей, такие как множественные патологические состояния, неспецифические проявления болезней, быстрое ухудшение состояния здоровья при отсутствии лечения, высокая частота осложнений, дальнейшая реабилитация. Следовательно, основными потребителями медицинских услуг являются ПЛ, поэтому 60% бюджета здравоохранения расходуется на медицинские услуги для пожилых больных, поскольку стоимость лечения пожилых в несколько раз выше стоимости лечения другого контингента населения.

Несмотря на проводимую работу, направленную на улучшение качества оказываемых медицинских услуг, к сожалению, до настоящего времени в нашей стране не изучены аспекты репродуктивного и сексуального здоровья пожилых людей. Наравне с другими слоями населения, лица пожилого возраста, как мужчины, так и женщины, имеют немало проблем в этой сфере, вызванные возрастными изменениями (к примеру, климактерические проявления: приливы, повышенное потоотделение, сухость влагалища; простатит, изменение сексуальной активности). Кроме того, в этом возрасте широко распространены заболевания репродуктивной системы, такие как аденома простаты, рак простаты, прямой кишки, шейки матки и молочной железы. В нашей стране не изученными остаются аспекты сексуального здоровья и проблемы лиц пожилого возраста, их потребности и доступность услуг в этих вопросах. Однако, отсутствие или недостаточная информированность о проблемах репродуктивного и сексуального здоровья этого слоя населения, некомпетентность специалистов, а также сложившиеся стереотипы являются барьерами в своевременном обращении и

получении адекватных услуг. Это препятствует полноценному удовлетворению репродуктивных и сексуальных потребностей пожилых людей, что отражается на качестве их жизни.

Серьезной проблемой является ситуация, связанная с пожилыми людьми с ограниченными возможностями. Им помощь оказывается со стороны семьи, соседей, махалли и учреждений системы здравоохранения. Забота членов семьи о пожилых родителях и родственниках в Узбекистане является морально-этической правовой нормой. Проведенный опрос показал, что 91,5% пожилых лиц проживают совместно с детьми и родственниками, которые ухаживают за ними. Малое количество пожилых людей в домах для престарелых объясняется культурными ценностями народа, так как забота и внимание к пожилым считается святым долгом детей. Болея, они становятся полностью или частично зависимыми, так как не могут самостоятельно передвигаться или осуществлять самообслуживание, что повышает спрос на длительный уход. Часто это потребность проявляется в виде ухода на дому, или длительной госпитализации. Однако, это имеет отрицательные последствия для семьи, поскольку требует немалых социальных и экономических затрат, так как, если в семье имеется пожилой человек с ограниченными возможностями, дети из чувства долга ухаживают за больными родителями и часто вынуждены бросить работу, что отражается в их семейном бюджете. Результаты проведенного в 2002 году опроса показали, что при уходе за пожилыми людьми ухаживающие в 38,5% случаях сталкивались с финансовыми проблемами. Кроме того, медицинские услуги также требуют немалых финансовых затрат, что еще глубже ухудшает финансовое состояние семьи.

Данный предварительный анализ выявил следующие проблемы геронтологии и гериатрической службы:

1. Отсутствуют источники, позволяющие изучать показатели уровня здоровья и социального статуса пожилых людей;

2. Не изучен уровень удовлетворенности пожилых людей оказываемыми медицинскими и социальными услугами;

3. Не изучены потребности пожилых людей в медицинских и социальных услугах;

4. Не изучены информированность, потребность пожилых людей в услугах по репродуктивному и сексуальному здоровью, их доступность и качество;

5. Не изучена потребность в кадрах для первичного звена по гериатрии и социальной службе;

6. Отсутствуют учебные заведения по подготовке квалифицированных социальных работников;

7. Отсутствуют учебные программы по гериатрии для додипломного и постдипломного образования;

8. Отсутствуют клинические практические руководства, стандарты и протоколы по гериатрии для специалистов первичного звена системы здравоохранения.

Исходя из вышеизложенных проблем, необходимо изучить медицинское, социальное и экономическое положение лиц пожилого возраста в Республике Узбекистан, с акцентом на аспекты репродуктивного, сексуального здоровья, доступности и качества услуг в этой сфере; уровень удовлетворенности и потребности пожилого населения и разработка мер, направленные на улучшение качества их жизни.

ГУМАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Асадов Д.А., Касымов А.И. -
ТашИУВ**

Гуманистические тенденции общественного развития, являясь закономерным итогом глобального исторического процесса, в XXI веке обретают все большее значение.

Нельзя не отметить тот факт, что в современных реалиях как никогда прежде духовно-нравственные идеалы исторического прошлого объективно выступают залогом устойчивого будущего, основой формирования новой генерации врачей. В этих условиях исторический опыт нравственного развития в его современном системном выражении обретает особую ценность: именно он может и должен стать источником новых форм и методов работы с молодежью, реальной духовной основой формирования этического и деонтологического воспитания специалистов завтрашнего дня.

Признание системообразующего значения духовности в развитии медицины как науки дает толчок к дальнейшей интеграции медицины в сферу гуманитарного осмысления проблем человековедения в его самом сложном, биомедицинском аспекте. В современной медицине речь идет уже не только о помощи больному в самом широком деонтологическом смысле, но и о возможностях управления процессами зачатия и умирания, с весьма неоднозначными физиобиологическими и нравственными последствиями для человека как биологического вида в целом.

Культурно-исторический подход к изучению проблем медицины получил широкое распространение в начале 80-х годов. Появляется целый ряд работ по медицинской антропологии, вновь привлекается внимание к тесной взаимосвязи здоровья человека с культурно-социальной средой, изучаются культурные традиции и обычаи с точки зрения их влияния на здоровье людей и развитие медицинской помощи.

В наше время как никогда необходима новая постановка проблемы этического и деонтологического воспитания в медицинских вузах. Суть этого подхода должна сводиться к той простой истине, что прежнее «априорное» различие между ценностями научными и этическими более неприемлемо. Больше того, важно понять, что устойчивое будущее невоз-

можно без гуманизации фундаментального, и прежде всего, медицинского образования, формирования универсальной личности с высоким потенциалом духовности.

Важно отметить, что для нас это не инновация, а скорее традиция. С древнейших времен понятие «образованный человек» на нашей земле имело синоним *комил инсон* - совершенный человек. Согласно традиционному на Востоке представлению, образованность - это не только знания и профессиональное мастерство, она неотделима и от таких качеств, как духовность, культура ума и высокая нравственность. Более тысячи лет назад в Бухаре и Самарканде, Багдаде и Каире активно шло освоение античного опыта, ставшего основой для синтеза новых идей. Собственно поэтому в современной научной литературе эту эпоху, охватывающую период VII—XII веков, принято называть Восточным Возрождением - Мусульманским Ренессансом.

Особенно ярко этот Ренессанс проявился в медицине. По сути это была первая волна неогиппократизма, как прямого обращения к авторитету великого грека в области медицинской этики и деонтологии, которое стало основой этики врача Восточного Возрождения. Вдохновленные и вооруженные идейным наследием Гиппократов Аль-Рухави, Ар-Рази, Ибн Сина, Маймонид создали открытую систему моральных ценностей - Адаб аль-табиб, которая обогащалась в течение нескольких веков плодотворной работы по освоению античного наследия. В отличие от европейского неогиппократизма с его прямолинейным лозунгом «Назад к Гиппократу», эта система ценностей синтезирует и развивает заложенную великим врачом античности этическую линию в медицине. Линия эта настолько гибка и многофункциональна, что может адаптировать древнее знание даже к биоэтике XXI века. Расширяя, по сравнению с Гиппократом, этическое пространство

взаимоотношений «врач - больной», этот средневековый неогиппократизм позволяет в равной степени решать проблемы соблюдения принципа «не навреди» и сохранения врачебной тайны, т.к., значительно выходя за рамки античной традиции, широко использует индивидуально-типологический подход.

Именно в свете этого периода неогиппократизма важность проблемы гуманизации медицинского образования находит свое подтверждение и в реалиях современного мира. Международный опыт показывает, что гуманизация образования способствует повышению профессиональной мобильности. Поскольку главным источником такой гуманизации является исторический опыт, системно имплементированный в современность. Ведь историческая память, культура ума, широта мышления формируются в основном на конкретной этнокультурной почве. Их продуктивность, как, в частности, показал японский опыт, исключительно высока. Не давая, казалось бы, конкретных практических трудовых навыков, гуманизация формирует личностные черты, необходимые будущему врачу в условиях информационного общества, способствует максимальной социальной адаптации, создает условия, когда этика и деонтология делают его более востребованным в самых разных сферах медицины и здравоохранения.

История, философия, культурология, религиоведение, экологическая культура - все эти направления гуманитарного знания могли бы быть специфицированы в системе исторического опыта развития духовно-нравственных основ медицины - этике врача. Синтезированные таким образом гуманитарные дисциплины могли бы быстрее достигнуть цели гуманизации образования в медицинских вузах, нежели в разрозненном, узкоспециализированном виде. Это отвечало бы не только запросам гуманизации высшего образования в медицинских вузах, но и, прежде всего, способствовало формированию универ-

сальной личности в системе ценностей современной цивилизации.

Преодоление стереотипов поведения врача по отношению к больному - процесс сложный, но управляемый, в том случае, если отжившую этическую установку заменяет не новая, революционная, а такая же традиционная, но более адекватная новым требованиям медицинской деонтологии.

Включение исторического опыта в современное развитие духовно-нравственных основ медицины позволит гуманизировать систему медицинского образования не по форме, а по сути, создать оптимальные условия для подготовки молодых специалистов, вступающих в новую социальную реальность, обретая духовную зрелость и широту мышления, готовых служить своему народу и стране.

ОРОЛ БЎЙИ ХУДУДИДА СИЛ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛА- НИШНИНГ ЁШГА ДОИР ХУСУСИЯТЛАРИ ВА МУАММОЛАРИ

**Асадов Д.А., Хамраев А.К.,
Мирварисова Л.Т., Арипов Т.Ю. –
ТошВМОИ**

Сил касаллиги XXI асрда ҳам долзарб тиббий-ижтимоий муаммолигича қолмоқда. Айниқса, кейинги 15-20 йил давомида дунёда ОИВ инфекциясига чалинган шахслар сонининг кескин ошиши сил касаллиги билан касалланиш ва ундан ўлим ҳолатларининг кўпайишига сабаб бўлди. Соҳа экспертлари ОИВ инфекцияси пандемияси ва сил касаллигининг дори воситаларига чидамли турларини кенг тарқалиши дунёнинг барча мамлакатларида сил касаллиги бўйича эпидемиологик вазиятнинг мураккаблашишига таъсир кўрсатаётган асосий омиллар, деб ҳисобламоқда [2].

Қорақалпоғистон Республикасида кейинги 10 йил давомида амалга

оширилган чора-тадбирлар натижасида сил касаллиги билан бирламчи касалланиш 55.2% га (2002 йилги ҳар 100 минг нафар аҳолига 183 дан 2012 йилда 101 гача), мазкур касаллик сабабли ўлим кўрсаткичи қарийб уч баробар камайишига (39.6 дан 13.5 га) эришилган. Шунга қарамадан сил касаллиги, айниқса унинг дори воситаларига чидамли турлари тарқалганлиги сабабли ҳудудда эпидемиологик вазият мураккаблигича қолмоқда. Сил касаллиги кўрсаткичларини беморларнинг ёши бўйича таркибини таҳлил қилиш, ҳудуддаги эпидемиологик вазиятни башорат қилиш имкониятини беради.

Шу мақсадда Қорақалпоғистон Республикасида сил касаллиги бўйича эпидемиологик вазиятни баҳолаш учун сил касаллигига чалинган беморларни ёши бўйича таркибини таҳлил қилиш, катта ёшдаги беморлар ўртасида касалликнинг тарқалиш динамикасини, даволаш жараёнини самарадорлигини ва таҳлил натижаларига асосланиб ҳудуддаги эпидемиологик вазият баҳоланди.

Тақдирот материаллари ва усуллари: Тақдирот материаллари сифатида Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудий DOTS марказининг 1998-2012 йиллар давомидаги сил касаллиги ҳолатларини қайд қилиш бўйича электрон маълумотлар базаси ва 2003-2012 йиллар давомидаги сил касаллигининг дори воситаларига чидамли турларини қайд қилиш бўйича Epi info 2003 электрон маълумотлар базаси танлаб олинди. Олинган маълумотлар статистик усуллар ёрдамида ретроспектив таҳлил қилинди.

Изланиш натижалари: Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудий DOTS марказининг маълумотлар базасида 1998-2012 йиллар давомида жами 38089 нафар бемор қайд қилинган. Уларнинг 51,4% - эркаклар, 6,8% - 14 ёшгача бўлган болалар, 5,2 % - ўсмирлар, 63,8 % - 18-44 ёшдагилар, 6 % - 45-64 ёшдаги ва 6 % - 65 дан катта ёшдагилар. Ўрганилган давр ичида Қорақалпоғистон Республикаси

аҳолисининг жинс бўйича таркиби ўзгармаган ҳолда, ёш таркибида сезиларли ўзгаришлар юз берган. 2002-2012 йиллар давомида 14 ёшгача бўлган болалар улуши 34 % дан 30.2 % гача ва ўсмирлар улуши 8.05 % дан 6 % гача камайган, 18-44 ёшдагилар улуши 43.5 дан 46.3 % га, 45-64 ёшдагилар улуши эса 10.7 % дан 14.6 % ошгани ҳолда, 65 ва ундан катта ёшдагилар улуши 3,5 % дан 3,3%га камайган.

Худуддаги аҳолининг сил касаллиги билан ёшга доир бирламчи касалланиш кўрсаткичлари 2002-2012 йиллар оралиғи уч даврга бўлиб ўрганилди: биринчи давр касалланиш интенсив кўрсаткичлари ўсиш тенденциясига эга бўлган 2001-2003 йиллар, иккинчи давр сил касаллиги билан касалланиш барқарорлашган 2005-2007 йиллар ва учинчи давр бирламчи касалланиш барқарор пасайиш тенденциясига эга бўлган 2011-2012 йиллар.

Биринчи даврда сил касаллигига чалинган беморлар ёш таркибида 14 ёшгача бўлган болалар 7% ни, ўсмирлар 5,6 % ни, 18-44 ёшдагилар 67 % ни, 45-64 ёшдагилар 16% ни ва 65 ёшдан катта ёшдагилар 3,7 % ни ташкил қилган бўлса, эпидемиологик вазият барқарорлашган ва камайиш тенденциясига эга бўлган иккинчи ва учинчи давр давомида мос равишда 14 ёшгача бўлган болалар 9,3 ва 7,9% ни, ўсмирлар 5,1 ва 4,0% ни, 18-44 ёшдагилар 62,8 ва 61,7% ни, 45-64 ёшдагилар 15,2 ва 17,2% ни ва 65 ёшдан катта ёшдагилар 7,4 ва 9% ни ташкил қилган.

Таҳлиллар сил касаллиги бўйича эпидемиологик вазият билан сил касаллигига чалинган беморлар ёш структураси ўртасида бевосита боғлиқлик борлигини кўрсатмоқда. Бу боғлиқликни чуқурроқ таҳлил қилиш мақсадида сил касаллиги билан бирламчи касалланишнинг ёшга доир кўрсаткичлари ўрганиб чиқилди. Ўрганишлар 14 ёшгача болалар ўртасида сил касаллиги билан бирламчи касалланиш кўрсаткичи кейинги 10 йил давомида 2 баробар камайганини кўрсатди (2002 й. 52.2 дан

2012 й. 26,0 га). Ўсмирлар ўртасида сил касаллиги билан касалланиш кўрсаткичлари ҳам худди шундай тенденцияга эга бўлган. Шуни таъкидлаш лозимки, барча худудларда бўлгани каби аҳолининг 18-44 ёшдагилар ўртасида сил касаллиги билан бирламчи касалланиш кўрсаткичи энг юқори (356.8) бўлиб, 2002 йилдаги Қорақалпоғистон Республикаси ўртача кўрсаткичидан 183 қарийб 2 баробар юқори бўлган. Кейинги 10 йил давомида ушбу ёшдаги ва 45-64 ёшдагилар беморлар ўртасида сил касаллиги билан бирламчи касалланиш кўрсаткичлари 2.6 маротаба камайган бир пайтда, 65 ва ундан катта ёшдагилар ўртасида сил касаллиги билан бирламчи касалланиш кўрсаткичлари деярли ўзгаришсиз қолган (2002 й. 288 дан, 2012 й. 256 га).

Катта ёшдагилар ўртасида сил касаллиги билан касалланиш ҳолатларининг юқори бўлиб қолиши сабабларини аниқлаш мақсадида, шу ёшдаги беморлар ўртасида сил касаллигининг дори воситаларига чидамли турлари тарқалганлиги ўрганилди.

2003 йилнинг октябрь ойидан Нукус шаҳри ва Чимбой туманларида сил касаллигининг дори воситаларига чидамли турларини аниқлаш ва пилот “DOTS плус” дастури доирасида уларни даволаш бошланган эди. 2010 йилдан ушбу дастур билан Тахтақўпир ва Қораўзак туманлари, 2011 ва 2012 йиллар давомида Кегайли, Нукус, Хўжайли туманлари ва Тахиатош шаҳри камраб олиниб, 9 йил давомида 2865 нафар сил касаллигининг дори воситаларига чидамли турларига чалинган беморлар рўйхатга олинган. Уларнинг 186 нафарини 65 дан катта ёшдаги беморлар (6.5%) ташкил қилган. Жами аҳоли сонига сил касаллигининг дори воситаларига чидамли турлари билан кумулятив касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳоли сонига ҳисоблаганда 364 га тенг бўлса, 65 дан катта ёшдагилар ўртасида бу кўрсаткич 675.8 га тенг

бўлиб, аҳоли ўртача кўрсаткичларидан 1.8 баробар юқори.

Республиканинг 8 та туманидаги 65 дан катта ёшдаги сил касаллигининг дори воситаларига чидамли сил шакллари аниқланган 186 беморнинг 119 нафари 2013 йилнинг феврал ойи ҳолатига даволанишни яқунлаган ва 67 нафари даволанишни давом эттирмоқда. Даволанишни яқунлаган 119 беморнинг 41% (49 нафари) даволанишни самарали яқунлаган, 11.8% (14 нафари) да ўлим ҳолати қайд қилинган, 9.2% (11 нафари)да даволаниш салбий натижа билан яқунланган ва 36.1%да (43 нафари) даволаниш режимини бузганлиги сабабли даволаш тўхтатилган. Қорақалпоғистон Республикаси бўйича жами аниқланган сил касаллигининг дори воситаларига чидамли турларига чалинган беморларнинг даволанишни самарали яқунлаганлар 62.8 % ни, ўлим ҳолатлари 8% ни, даволанишни салбий натижа билан яқунлаганлар 10.2 % ни ва даволаниш режимини бузганлиги сабабли даволаш тўхтатилганлар 20 % ни ташкил қилган. Ушбу натижаларни 65 дан катта ёшдаги беморларни даволаш натижаларига нисбатан 1,5 ҳисса юқори бўлиб, катта ёшдаги беморларда сил касаллигининг дори воситаларига чидамли турларини даволаш натижалари самарадорлиги паст эканлигини кўрсатди.

Муҳокама: Сил касаллиги бўйича эпидемиологик жараённинг ўзгариш тенденциясини ҳудуддаги сил касаллиги билан касалланган беморлар ёш таркиби ва ҳар хил ёшдаги аҳоли ўртасидаги касалланиш даражасига қараб баҳолаш мумкин. Одатда сил касаллиги бўйича эпидемиологик вазият мураккаблашганда бу касаллик билан касалланишнинг энг юқори кўрсаткичлари ёшлар ўртасида қайд қилинади. Эпидемиологик вазият барқарорлашган ва пасайиш тенденциясига эга бўлган ҳолларда эса касалланиш асосан катта ёшдаги аҳоли ўртасида қайд қилинади.

Қорақалпоғистонда 1998 йилдан Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти

томонидан тавсия қилинган DOTS стратегияси амалиётга жорий қилиниши ва 2003 йилга келиб ҳудуддаги барча туман ва шаҳарларда яшовчи сил касаллигига чалинган беморлар ушбу дастур асосида даволаш билан қамраб олиниши, шунингдек Давлат миқёсида сил касаллигини эрта аниқлаш ва самарали даволашга қаратилган мақсадли дастурларнинг амалга оширилиши натижасида кейинги 10 йил давомида эпидемиологик вазиятни барқарорлаштиришга эришилди. Натижада аҳолининг ижтимоий ва иқтисодий фаол бўлган ва сил касаллиги энг юқори бўлган 18-64 ёшдагилар ўртасида беморларни фаол аниқлаш, эпидемиологик жихатдан хавфли бўлган бациляр беморларни самарали даволаниши натижасида аҳоли популяцияси орасида касаллик манбаининг камайиши ҳисобига 14 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирларда сил касаллиги билан касалланиш ҳолатлари кескин камайган. Шу билан бирга касалланиш камайиш тенденциясига эга бўлган бир даврда катта ёшдаги аҳоли ўртасида касалланиш даражаси юқорилигича қолмоқда. Бу ҳолат ушбу ёшдаги аҳоли ўртасида сил касаллигини эрта аниқлашга қаратилган мақсадли чора-тадбирларни амалга оширишни талаб қилади. Катта ёшдаги беморларнинг ўз саломатлигига эътиборсизлиги, уларда касалликнинг атипик кечиши, аксарият ҳолларда қари ёшдаги беморлар сил касаллигининг белгиларини ёшга доир муаммо деб ҳисоблаб, тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилиши ушбу беморларни узоқ муддат давомида жамиятда сил касаллигининг манбаи бўлиб қолишига сабаб бўлиб қолмоқда. Оилаларда аксарият ҳолларда уч авлод вакиллариининг биргаликда яшashi, катта ёшдаги сил касаллигига чалинган ва ўз вақтида аниқланиб даволанмаган беморлар оиладаги болалар ва ўсмирлар учун касаллик манбаи бўлиб қолишига шароит яратади.

Сил касаллиги билан касалланиш даражаси юқори бўлган Россия, Қозоғистон ва бошқа МДХ давлатларида

сил касаллиги билан бирламчи касалланишнинг энг катта улуши 18-44 ёшга тўғри келса, касалланиш даражаси паст бўлган Фарбий Европа мамлакатларида (Дания, Нидерландия ва бошқалар) касалланишнинг энг катта улуши 65 ва ундан катта ёшдагилар ўртасида кайд қилинган [1]. Нидерландияда 1993-1998 йилларда сил касаллиги билан касалланиш ҳолати бўйича ўтказилган таҳлиллар инфекциянинг юқиши камайиб бориши билан параллел равишда бу касалликка чалинган беморлар ўртача ёшининг ортиб боришини кўрсатган.

Хулоса:

1. Худуд аҳолиси ўртасида кейинги 10 йил давомида сил касаллиги билан бирламчи касалланиш 55% га камайганда, 65 ва ундан катта ёшдагилар ўртасида бу касаллик динамикаси ўзгаришсиз қолмоқда.

2. Катта ёшдаги аҳоли ўртасида сил касаллиги билан касалланиш даражасининг юқорилиги, худудда яқин келажақда эпидемиологик вазият мураккаб бўлиб қолишидан дарак беради.

3. Сил касаллигининг дори воситаларига чидамли турларига чалинган катта ёшдаги беморларни даволаш самарадорлиги жами аҳоли популяцияси кўрсаткичларидан 1.5 баробар паст.

4. Эпидемиологик вазиятни тўлиқ назорат қилиш учун катта ёшдаги фуқаролар ўртасида сил касаллигини эрта аниқлаш ва даволаш самарадорлигини оширишга қаратилган чора-тадбирларни амалга оширишни талаб қилади.

Адабиётлар:

1. Богородская Е.М., Стерликов С.А., Попов С.А. Проблемы формирования эпидемиологических показателей по туберкулезу. / Журнал туберкулез и болезни легких № 7, 2008, стр. 8-14

2. Пунга В.В., Русакова Л.И., Пузанов В.А., Якимова М.А., Путова Э.В., Капков Л.П. / Распространенность туберкулеза с лекарственной устойчивостью. Журнал туберкулез и болезни легких №10, 2011, стр. 6-15.

БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИДА ДИЕТОЛОГИЯ - ТЎҒРИ ОВҚАТ- ЛАНИШНИНГ АСОСИДИР

Атажанов У.Ж. Каримов Р.О. -
ТТА Урганч филиали

Барча касалликларни келиб чиқишига ва содир бўладиган турли нохуш жараёнларга тўғри овқатланмаслик сабаб бўлади. Диетотерапияни амалга оширишда овқатнинг кимёвий ва физик хоссалари, шунингдек ташқи кўринишнинг ҳам аҳамияти катта. Диетотерапиянинг асоси бўлмиш механик озор етказмаслик деганда осон хазм бўладиган, енгил сингадиган, меъда-ичак йўллари кам шикастлайдиган озиқ моддаларни истеъмол қилиш тушунилади. Диетотерапиянинг иккинчи негизи бўлмиш кимёвий озор етказмаслик деганда эса, таъсирлантирадиган (тузланган нарсалар, минераллар, зирavorлар, дудланган таомлар) ва яхши хазм бўлмайдиган маҳсулотлар(ёғли овқатлар)ни чеклаш тушунилади.

Механик ва кимёвий ҳимоянинг аҳамиятли тарафи шундан иборатки, касаллик туфайли заифлашган организмнинг овқатни хазм қилишини чеклашдан иборатдир. Овқат ҳарорати ҳақида гап кетганда, бемор овқатнинг оптимал ҳарорати тахминан 60 ° дан 10 ° гача бўлиши кераклигини таъкидлаб ўтиш лозим. Овқатнинг кўримлилигини, ходим кийган уст-бошини тозаллиги, дармонсиз беморни ўринда ейиши учун қулай шароит яратиш буларнинг ҳаммаси беморларни овқатлантиришда катта аҳамиятга эга, чунки одатда уларда иштаҳа пасайган бўлади, турли чеклашлар эса парҳез овқат таъмини пасайтиради.

Кейинги вақтларда буйрак касалликларини даволашда бу касаллик сабаблари деб ҳисобланмаган модда алмашинувининг бузилиши (аминокислоталар, витаминлар, микроэлементлар етишмовчилиги), кишлоқ хўжалиги маҳсулотларининг ядохимикатлар билан заҳарланиши

каби қатор муаммоларга эътибор қаратилмоқда.

Бироқ бу касалликга чалинган беморлар айрим аъзолари, тизимлари ўртасидаги ўзаро боғлиқлик ва бошқарувнинг бузилишига эса алоҳида эътибор берилмоқда. Бунда буйрак ва ҳазм тизими, айниқса буйрак ва ошқозон ўртасидаги функционал боғланиш алоҳида ўрин тутади. Бу икки аъзо метоболитик ҳамда эндокрин аъзо бўлиб, асосий функциялари секрециядир. Иккинчидан бири метоболизмнинг бошида турса, иккинчиси охирида туриб, организм учун керак бўлган ва парчаланиб ниҳоясига етган моддаларни ташқарига чиқариб ташлайди.

Буйрак касаллигида, айниқса касалликнинг авжига чиққан вақтларда метоболитик ацидознинг кучайиши сабаблари шу вақтгача чуқур ўрганилмаган. Лекин болалар ҳамда катталар ошқозонида учрайдиган турли гастритлар, яралар, 12 бармоқли ичакда яллиғланиш жараёнлари касалликни яна ҳам оғирлаштиради ва ҳатто ёмон оқибатларга олиб келади.

Шундай экан, болалар буйрак касаллигида бўладиган жараёнларда диетология - тўғри овқатланишнинг асосий қоидаларига ҳам алоҳида эътибор қаратиш мақсадга мувофиқдир.

СОҒЛОМ ОВҚАТЛАНИШНИНГ ҲАЗМ ТИЗИМИ ВА БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИДАГИ АҲАМИЯТИ

**Атажанов У.Ж., Маткаримов М.У.,
Дўсчанов Ш.Б. – ТТА Урганч филиали**

Овқат деганда табиий ёки махсус (аксари механик ва термик, кимёвий) ишлов берилган, ҳам соғлом, ҳам касал одам ейиши мумкин бўлган озиқ-овқат маҳсулотлари тушунилади. Овқатланиш тўғрисидаги ҳозирги замон фани нутрициология деб аталади. Бу фан соғлом ва касал одамлар ейдиган овқатланишни асосий озиқ-овқат моддалари манбаи сифатига қараб чиқади

ва овқат энергияси пластик қурилиш материаллари ҳамда антителолар каби фармакологик актив моддалар манбаи деган тушунчани ҳам ўрганади.

Озиқ-овқат моддалари ҳар қандай одамнинг бир кунлик овқатида жуда кам миқдорда бир неча грамм, баъзан микрограммларда бўлади. Уларга ҳаётий зарур моддалар витаминлар, минерал моддалар ва микроэлементлар киради. Шунингдек, овқат таркибида уни каттагина гуруҳини ташкил этувчи, бироқ на энергия ва на пластик мақсадларда фойдаланилмайдиган моддалар ҳам бўлиб, улар аксарият хушбўй хид ва таъм сезгиси берадиган манба ҳисобланади.

Ҳазм тизими аъзолари ўз фаолиятлари жиҳатидан метоболизм аъзолари ҳисобланадилар. Қондаги катта аҳамиятга молик кислота – ишқор муносабат бир хилда сақланиши соғлом овқатланиш билан муносиб эканлигидан дарак беради.

Кўпинча бу мутаносиблик буйрак касаллигида бузилади, ошқозон ичак трактида силжишлар, айниқса, ошқозонда функционал ўзгаришлар, қонда эса метоболитик ацидоз аломатлари пайдо бўлади. Ошқозон-ичак ва буйрак ўртасида функционал метоболитик боғлиқлик уларнинг секретор, экскретор, сўриш каби вазибаларидаги яқинликларидан келиб чиқади, генетик боғлиқлик чақалоқларда сутнинг ошқозон ичакда пиноцитоз йўли билан сўрилиб буйракда парчаланиши ва сунъий қон ўтиши шаклида намоён бўлади, иккинчи томондан бундай боғлиқлик асосида ошқозон буйракда H^+ ионларнинг ишланиши ва бу билан организмда ишқорий кислоталик тенгликнинг барқарор сақлашлик ётади.

Бу маълумотлардан келиб чиқадики, буйрак касаллиги ошқозон учун катта хавф туғдиради ва ошқозон патологик жараёнга жалб қилинганда касалликнинг янада ошиши оғир кечиши келиб чиқади. Бироқ бу касалликда ошқозонда кечадиган ўзгаришлар ўрганилмаган бўлсада албатта соғлом овқатланиш

тарзига алохида урғу берилган бўлиб бундай касалликларни даволаш мураккаб лекин ечилиши лозим бўлган муаммолардан бири ҳисобланади.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИСТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Атаханова Ш.Ш., Муминова Г.Г. –
ТашИУВ

Актуальность. Патологическая стираемость зубов – стоматологическое заболевание, для которого характерно аномальное интенсивное уменьшение твердых тканей зуба. Следует учитывать, что в жизни любого человека происходит естественное физиологическое стирание твердых тканей зуба. В возрасте от 50 лет и старше происходит истирание зубов в пределах границы эмали и дентина, а также частичное истирание дентина. Этиологическими факторами являются бруксизм, нарушение прикуса, неправильно установленные зубные протезы, флюороз и гипоплазия зубов. Истирание ранее этих лет носит название патологической стираемости. Различают 3 степени тяжести: 1 степень - истирание до 1/3 высоты коронки, 2 степень – от 1/3 до 2/3 высоты коронки, 3 степень – от 2/3 высоты коронки к десне.

Цель работы. Изучить эффективность проводимого лечения истираемости зубов у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. На кафедре “Стоматология-1” находились 42 человека с диагнозом стираемость зубов на фоне пародонтоза и гиперестезии от 60 до 69 лет. Из них мужчин было 34, а женщин 8. У всех больных количество зубов было в пределах от 12 до 22 и наблюдалась стираемость зубов различной степени тяжести. Мы разделили их на 3 группы. У 1-й группы (13 человек) выявлена 1 степень- истирание до 1/3 высоты коронки, у 2-й группы (19 человек) – 2 степень истираемости – от 1/3 до 2/3 высоты

коронки. И у 3-й группы (10 человек) зубы стерты от 2/3 высоты коронки к десне (3-степень). Всем больным проводили ЭОД, рентгенографию, термометрию и проверку окклюзии. По данным методам обследования у всех выявили понижение ЭОД в 2 раза от нормы, дентальная рентгенография в области стирания показала уменьшение пульповой камеры и облитерацию каналов. Термометрия также дала положительную реакцию на тепло и холод. При проверке окклюзии у 1-й группы определили незначительное несмыкание зубов в положении центральной окклюзии, а у 2- и 3-групп наблюдалось значительное несмыкание зубов с образованием большой саггитальной щели.

В связи со стираемостью и методами диагностики были проведены следующие виды работ: 1 группе (13 человек) – восстановили стертые зубы ормокерами и композитными материалами, 2 группе (19 человек) - сделали литые коронки с металлическими накладками на режущих и жевательных поверхностях, 3 группе (10 человек) - изготовили съемные протезы с депульпацией зубов, корни запломбировали фосфат-цементом, так как апикальная часть была закрыта.

Результаты. Установлено, что у пожилых людей со стираемостью зубов 1- степени и восстановление их ормокерами показали удовлетворительный результат, однако, наблюдение нужно проводить каждые 6 месяцев и повторно наносить композиционный материал. Наиболее хорошие результаты показала 2- группа, но и им также рекомендуется наблюдаться 2 раза в год. Паллиативное лечение со съемными протезами, проведенное в 3-й группе, показало сохранение окклюзии в течение 6 месяцев, что означает и при данном случае каждые полгода нужно посещать стоматолога и повышать высоту прикуса.

Выводы. Таким образом, пожилые люди, имеющие стираемость зубов, обязательно должны быть осмотрены врачом-стоматологом. При различной

степени тяжести данного заболевания нужно проводить соответствующее лечение. Контроль больных должен осуществляться каждые 3,6,12 месяцев.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ

**Атаханова Л.Э., Талипова Ю.Ш.,
Сагатов Х.М., Тулабаева Г.М. –
ТашИУВ**

Симптомы климакса и отдаленные последствия менопаузы значительно ухудшают здоровье и благополучие женщин, снижая качество их жизни. В связи с этим наиболее актуальным вопросом современной медицины является поиск путей оптимизации патогенетической терапии эстрогендефицитного состояния. Одним из видов терапии климактерического синдрома является назначение препаратов растительного происхождения, например, климадинона (Бионорика, Германия), действующим веществом которого является экстракт цимицифуги, обладающий эстрогеноподобным действием, а именно, является селективным модулятором эстрогенных рецепторов, улучшающим чувствительность к эндогенным эстрогенам.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность Климадинона на проявления климактерического синдрома и показатели качества жизни у женщин в климактерии.

Материалы и методы - обследованы 84 женщины в возрасте от 40 до 60 лет (средний $52,6 \pm 5,3$ года), по протоколу «Обследования женщин после 40 лет», который включал сбор анамнеза, антропометрию, общеклинические и биохимические исследования крови. Проявления климактерического синдрома оценивались по «Шкале тяжести проявлений климактерических симп-

томов» (MRS). Соответствующая анкета заполнялась больными на базелинии (неделя 0) и через 4, 8 и 12 недель после начала исследования. Всем женщинам был рекомендован климадинон в дозе 40мг/сут в течение 3-х месяцев.

Результаты и обсуждение: анализ клинических симптомов, характерных для КС, показал, что самыми частыми были «приливы» жара (98,3%), потливость (91,2%), чувство ползания мурашек (43,3%), головные боли (39,6%). Психоэмоциональные проявления характеризовались в основном повышенной утомляемостью (68,3%), изменением настроения (47,1%), снижением работоспособности (52,8%), ухудшением памяти (33,6%). Суммарное значение интенсивности проявления симптомов во время первого и второго визитов $\geq 7,7 \pm 0,03$ балла. Использование шкалы MRS для оценки степени тяжести климактерического синдрома позволило выявить наличие слабых проявлений у 15,3% женщин, умеренную степень тяжести симптомов у 49,8% женщин и тяжелое течение КС в 34,9% случаев. Результаты исследования показали положительную динамику вазомоторных проявлений, что вырожалось в уменьшении интенсивности, частоты и характера «приливов» у 56,3% женщин, нормализации сна у 69,3% женщин уже на 2-3 неделе приема климадинона. Нарушения психо-эмоциональной сферы улучшились у 39,5% на 4-5 неделе приема. К концу 3-го месяца значения шкалы MRS приближались к базелинии, т.е. значения соответствовали слабой интенсивности у 68,2%, и значительно улучшалось качество жизни у 72,3% женщин.

Таким образом, своевременно начатое лечение КС легкой и средней степени выраженности климадиноном в течение 3-х месяцев приводит к ликвидации вазомоторных симптомов и нормализации психо-эмоциональной сферы, что, несомненно, улучшает качество жизни женщин этой возрастной

группы. Женщинам с тяжелой степенью климактерического синдрома климадион рекомендуется назначать более длительно и в составе комплексной терапии. Кроме того, климадион, имеющий растительную основу, предусматривает хороший комплайенс, так как пациентам не нужно преодолевать страх, который возникает при использовании гормональных препаратов.

СОЗДАНИЕ ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НОВЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ КУРКУМЫ

**Бекчанов Х.Н., Искандаров С. –
Узбекский научно-исследовательский
химико-фармацевтический институт**

Куркума длинная (*Curcuma longa* L) относится семейству имбирных (*Zingiberaceae*), родиной которой является южная и юговосточная Азия. В качестве сырья используется корневище, где содержится эфирные масла 3 – 7 %, желтые пигменты – куркуминоиды (куркумин, деметокси и бис-деметоксикуркумин) 2-6%, минералы 3,5 %, водорастворимый белок – турмерин 0,1 %, желатинизированный крахмал до 55 %.

Во многих южных странах, в частности, в Индии, куркума повсеместно используется в качестве приправы для улучшения вкуса, а также для продления сохранности пищи.

Ценность корневищ куркумы в медицине обуславливается в основном наличием куркуминоидов, которые обладают гепатопротекторной, противовоспалительной, антиоксидантной, иммуностимулирующей, ангиопротекторной, желчегонной, ранозаживляющей, гиполлипидемической, антитромбической, противораковой активностью.

В настоящее время куркума длинная успешно акклиматизировано сотрудниками института ботаники и имеется

возможности её выращивания в южных регионах Республики.

Зарубежом имеются множества биологически активных добавок к пище, содержащие в составе сумму куркуминоидов, выделенных из корневищ куркумы, которые рекомендуются при заболеваниях печени в качестве гепатопротектора, в качестве противовоспалительного средства при артритах, антиоксиданта для профилактики раковых заболеваний и т.д. При этом в большинстве случаев используется стандартизированный экстракт - сумма куркуминоидов с содержанием 95%. Рекомендуемая суточная доза данных препаратов колеблется от 3 г до 10 г. Наши исследования показали, что куркуминоиды в высоких дозах обладают ухудшающим эффектом для усвоения пищевых веществ, но при этом не проявляют других отрицательных действий. Поэтому применяется против ожирения.

Учитывая многогранную активность куркуминоидов, внедрение в медицинскую практику ряд высокоэффективных лекарственных препаратов на основе куркумы является актуальным.

На основе исследования химических свойств компонентов, содержащихся в корневище куркумы, нами разработан новый, эффективный способ получения экстракта куркумы с высокой фармакологической активностью. Данный способ, по сравнению с другими методами получения экстрактов, отличается тем, что при этом из растительного сырья избирательно извлекаются необходимые фармакологически активные вещества, исключая при этом нежелательные эфирные масла.

Экстракт куркумы, полученный по новому способу, представляет собой негигроскопичный порошок от желтого до буро-желтого цвета, с характерным приятным запахом, горьковатым или остро-пикантным вкусом.

Основными действующими веществами экстракта куркумы являются куркуминоиды, содержание которых

должно быть не менее 8%. Проведенные многочисленные доклинические фармакологические, а также клинические испытания показали, что, несмотря на относительно невысокое содержание куркуминоидов (10-14%), экстракт куркумы (препарат Ферулонг), полученный разработанный нами способом, обладает высокой активностью. Данное обстоятельство можно объяснить вероятным взаимным, комплексным действием суммы сопутствующих физиологически активных веществ, таких, как фенольные, оксифенольные кислоты и продукты гидролиза высокомолекулярных соединений.

Препарат Ферулонг в виде капсулы, содержащий по 0,45 г экстракт куркумы, прошел все этапы разработки, стандартизации, а также процедуры регистрации в МЗ РУз. Данный препарат имеет разрешение на производство, выпуск и широкое применение в медицинской практике. Проведенные в Ташкентской медицинской академии клинические испытания показали высокую эффективность Ферулонга при лечении воспалительных заболеваний суставов, особенно в подагре. Следует отметить, что Ферулонг, в отличие от нестероидных противовоспалительных препаратов, таких, как диклофенак, фенилбутазон, ибупрофен, не обладает раздражающим действием ЖКТ.

Для повышения той или иной фармакологической активности куркуминоидов нами проведены многочисленные исследования композиций экстракта куркумы с растительными веществами подобного действия, результатами которых являются препараты Курцетин, Гепапрот нео и Апилонг.

Курцетин, содержащий по 0,3 г экстракта куркумы и 0,05 г кверцетина, прошел все этапы разработки и стандартизации. Данное соотношение компонентов было выбрано в ходе фармакологических исследований, где наблюдается синергизм и взаимное потенцирование основных действий. По результатам клинических испытаний,

проведенных в РСЦК при ИБС, препарат обладает антиоксидантным, умеренным гиполипидемическим, капилляроукрепляющим, общеукрепляющим свойствами.

Гепапрот нео - препарат гепатопротекторного действия, содержащий в одной капсуле экстрактов куркумы и корней солодки по 0,3 г и 0,15 г, соответственно. Проведенные доклинические фармакологические исследования показали высокую гепатопротекторную активность данного препарата в различных стандартных тестах, по сравнению препаратом Лив 52. Гепапрот нео находится в стадии назначения клинических испытаний.

Апилонг на основе экстрактов куркумы и цветков ромашки (апигенин) находится в заключительной стадии разработки и стандартизации, закончены доклинические фармакологические исследования. Данный препарат предназначен для лечения простатита и аденомы предстательной железы.

ПИТАНИЕ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР ДОЛГОЛЕТИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

**Дусчанов Б.А. – проф., пред.
Областного отделения фонда Абу Али
Ибн Сины, Рузметов Б. – проф. УрГУ,
Исмоилов Б.А. – к.м.н., гл.врач
областной клинической больницы**

Среди факторов, способствующих развитию долголетия, большое значение придается питанию. Исследованиями ученых установлено, что для питания долгожителей характерна невысокая калорийность, низкое содержание сахара, высокое содержание растительных продуктов, витаминов, антиоксидантов. Об очевидной роли диетических факторов свидетельствует и то, что тучные, ожиревшие люди в большей мере страдают различными заболеваниями, и в первую очередь, атеросклерозом, диабетом, а продолжительность их жизни меньше.

Данные об этом противоречивы — от полного отрицания влияния тучности на сроки жизни до признания ее большой роли. Продолжительность жизни тучных людей, так же как и очень худых, меньше, чем у людей с нормальной массой. Немецкий геронтолог В. Рис установил, что люди, страдающие ожирением, живут в среднем на 6-8 лет меньше.

Важная, актуальная проблема на сегодняшний день — специфика питания пожилых людей. Известно, что сбалансированное питание должно соответствовать особенностям обмена веществ человека.

У пожилых людей уже в покое снижено потребление кислорода, уменьшено число клеточных элементов, наступают существенные изменения в обмене веществ.

Кроме того, с возрастом снижается двигательная активность людей, их энергетические траты. Отсюда вывод о необходимости снижения энергоемкости пищи, о необходимости ее антиатрогенности, высокой антиоксидантной активности, легкой перевариваемости, нормализующего влияния на микрофлору кишечника, щелочного ее действия.

В пожилом возрасте целесообразно увеличение белков растительного происхождения, уменьшение содержания насыщенных жирных кислот, длинно-цепочечных жирных кислот, увеличение содержания метионина, цистеина, фосфолипидов и др. веществ, нормализующих клеточные мембраны, реакционные группы белков, достаточное содержание витаминов, уменьшение доли простых углеводов и увеличение пищевых волокон, которые могут выводить из кишечника холестерин, щелочные кислоты. Все это лишь предпосылки для создания пищевого рациона, который будет иметь выраженное геропротекторное действие.

Однако пища - не просто «топливо», а стимулятор деятельности организма. При приеме пищи активируются секреторная и двигательная активность пищева-

тельного тракта, энергетические траты, биосинтез белка в печени и др.

Чрезвычайно важно, что ограниченная диета обладает профилактическим действием, отодвигает сроки наступления возрастной патологии — нарушений функции сердца, атеросклероза, диабета, почечных заболеваний, повреждения костной ткани. Уменьшение рациона благоприятно влияет на систему иммунитета и на возникновение так называемых иммунодефицитных заболеваний. Калорийно недостаточная диета только отодвигает время наступления болезней, но не избавляет от уже возникших.

Ограниченная диета — один из наиболее эффективных способов влияния на темп процесса старения. В соответствии с адаптационно-регуляторной теорией возрастное развитие связано с изменением в разных звеньях саморегуляции жизненных процессов. Вот почему наиболее эффективны средства многоточечного приложения. Именно такой системностью действия и характеризуется ограниченная диета. Немаловажное значение имеют при этом гипоталамические механизмы регуляции. Именно здесь расположены центры аппетита и насыщения, связанные с другими нервными центрами, с железами внутренней секреции. Изменение их состояния, чувство голода — важный стимул для всей перестройки деятельности внутренней среды организма.

Таким образом, влияние калорийно-ограниченной диеты в конечном итоге связано с изменением соотношения процессов старения, проявления которого могут быть выявлены на разных уровнях жизнедеятельности организма.

Уникальное исследование было проведено в одном из домов престарелых Мадрида на 120 мужчинах и женщинах старше 65 лет. Половина обследуемых получала обычную диету с калорийностью 2300 ккал и содержанием белка 50 г/сут (контрольная группа).

Другая половина получала эту диету по четным числам, а по нечетным калорийность снижалась до 885 ккал, содержание белка до 36 г/сут, заменой обычной диеты на литр молока и 500 г свежих фруктов. За трехлетний период наблюдений как число умерших, так и заболевших в контрольной группе было вдвое больше. Многие исследователи приходят к выводу, что увеличенное содержание жира в пище приводит к развитию холестеринаемии и атеросклеротическому процессу.

Так, по данным американского исследователя В. Кииса, потребление жира в Японии - 8 процентов общей калорийности рациона, в Индии -13, в Бразилии -18, в Италии - 20, в Испании - 22, во Франции - 30, в Англии - 35, в Швеции - 38, в США - 41 процент. Эти показатели хорошо коррелируются с высотой холестеринаемии, со степенью распространения атеросклероза в этих странах.

Переядание у человека часто сочетается с низкой двигательной активностью. Эти люди как бы на себе моделируют преждевременное старение. Абсолютно правы ученые, страстно убеждающие, доказывающие значение для «качества» жизни обратных взаимоотношений - высокой двигательной активности и ограничения в питании.

Наш вывод такой: количественно ограниченное питание увеличивает продолжительность жизни. Переядание, ожирение сокращает сроки жизни. Эти положения доказаны, десятки раз повторены в различных лабораториях мира, и с ними нельзя не считаться. Современный человек часто подвержен двум порокам: гиподинамии и переяданию. Совместное их действие угрожает здоровью. Здоровый образ жизни состоит в их преодолении во имя долгой счастливой жизни.

ИБН СИНО ТАЪЛИМОТИДА УЛУҒ ЁШДАГИ ОДАМЛАР САЛОМАТЛИГИ ҲАҚИДА

Ш.Я Зокирхўжаев, Н.Нарзиев –
Ибн Сино жамоат фонди, ТТА

Инсоннинг кексайиш даври хужайраларда оксидланиш жараёнларининг сусайиши, тўқималарда нафас ферментлари фаоллигининг ортиши, эндокрин безлари фаолиятининг сусайиши ва бошқа ўзгаришлар билан кечади. Бу борада буюк аллома Абу Али Ибн Синонинг геронтология сахасидаги илмий мероси катта аҳамиятга эга, унинг таълимотида кексаларда соғлом турмуш тарзини ўзига хос хусусиятлари баён этилиб, кексаликда соғлом бўлиш тавсиялари ишлаб чиқилган. Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А.Каримов “Юксак маънавият - енгилмас куч” асарида буюк олим Ибн Сино ҳақида қуйидагиларни таъкидлайди:

“Ноёб фазилатлар соҳиби бўлмиш машхур аллома Ибн Синонинг “Тиб қонунлари” неча асрлар давомида Европанинг энг нуфузли олий ўқув юртларида асосий тиббиёт дарсликларидан бири сифатида ўқитиб келинган, дунё микёсида “Медицина”, “Соғлом турмуш тарзи” деган тушунчаларнинг фундаментал асоси бўлиб хизмат қилгани, албатта чуқур ҳаётий ва илмий заминга эга”.

Буюк юртдошимиз Абу Али ибн Сино ўзининг беш жилдлик “Тиб қонунлари” китобида одамларни, жумладан кексаларни соғлиғини сақлашга катта эътибор беради ва соғлом турмуш тарзи етти омилдан иборат деб ҳисоблайди:

- 1.Тана тузилишининг ўзаро уйғунлигини таъминлаш;
- 2.Овқат маҳсулотлари ва сувни танлаш;
- 3.Танани ортиқча заҳарли моддалардан тозалаш;
- 4.Тана аъзолари ўртасидаги мувозанатни сақлаш;
- 5.Кийим ва бошқа танага тегиб турувчи нарсаларни тоза тутиш;

6. Нафас олинадиган ҳавони тозалаш;

7. Тана ва руҳий ҳолатни, шу билан бирга уйқу ва сергакликни бошқариш.

Ибн Сино нуқтаи назаридан, “кексалар муолажаларининг ҳаммаси ҳўлловчи ва қиздирувчи нарсаларини биргаликда ишлатишдан иборатдир”, яъни кекса ёшдаги одамлар совуқ ва қуруқ мижоз бўлишади, деб уқтирган.

“Уларни кўрпа-тўшакларда ёшлардан кўра узоқроқ ухлатиб ётқизилади”, яъни кексаларнинг куч-қувватини тиклаш учун уларга кўп дам олиш зарурдир.

Кексаларни парваришда уларни уқалаш (массаж қилиш) тўғрисида ва бадантарбиялари тўғрисида алоҳида тўхталиб ўтилган. Шу ўринда “уқалаш миқдор ва кайфиятда ўрта даражада бўлиб, кучсиз аъзоларга ва сийдик қопчасига тегмаслиги керак. Бу уларга албатта фойда қилади ва аъзоларини касалликдан сақлайди. Абу Али ибн Сино тирик организм учун сувнинг аҳамиятини ўрганар экан, сувсизлик ёки кам миқдорда суёқлик қабул қилиш организмнинг эрта қаришига сабаб бўла олишини кўрсатган.

Эрта қаришнинг олдини олиш ҳамда қариликда ўзини соғлом сезиб, ақл тиниқлигини йўқотмаслик учун, Ибн Сино эчки сутини доимо ичиб туриш, 45 ёшдан сўнг ҳар куни асал тановвул қилишни маслаҳат берган. Шунингдек, саримсоқпиез истеъмол қилиб туришнинг аҳамияти ҳақида сўз юритган.

40 ёшдан юқори ёшдаги одам организмда овқатнинг яхши ҳазм бўлиши учун дағал (клетчатка), зираворли овқатлар, сабзавот ва мева шарбатлари истеъмол қилишни маслаҳат берган. Ибн Сино таълимотида кекса одамлар овқатланишида ҳўл меваларни, айниқса анжир ва олхўри, шунингдек сабзавотлардан қизил лавлаги, қарам ва кўкатларни аҳамиятини алоҳида таъкидлайди.

Абу Али ибн Сино “қариликни нари суриш” учун чойнинг фойдасини айтиб, “энг яхши егулик – бу дорининг ўрнини босувчи чойдир” - дейди.

“Тиб қонунлари”да женьшеннинг қариялар организмга фойдасини таърифлаган ва эрта қаришнинг олдини олиш мақсадида йилда 2 марта қуйидагиларни қўллашни тавсия қилган: бир ой давомида ҳар куни эрталаб наҳорга лимоннинг чорак бўлагини бир ош қошиқ ўсимлик ёғи билан тановвул қилиш, кейинги ойда ҳар куни эрталаб аир (солodka) илдизидан бир бўлаги, бир чой қошиқ денгиз қарами, 5 гр қайин баргизублари ва бир ош қошиқ алоэ шарбатини кўшиб истеъмол қилишни маслаҳат берган. Қабзиятга мойил кексаларда зайтун ёғи билан ҳукналар ўтказиш нафақат ичакни тозалаш, балки мижозни ҳўллик ҳолатини оширишга ҳам олиб келади.

Абу Али ибн Синонинг эрта қариликни олдини олиш бўйича тавсиялари ҳозирги даврда ҳаётимизда қўллаш мумкин эканлиги, уларнинг самарасини замонавий текшириш усуллари ва кўп йиллик тажрибалар ҳам тасдиқлаган.

Бадантарбия ва баданни ёғ билан силаш кексалар мижозига хос бўлган омил ҳисобланади. Шунингдек, жисмоний ҳаракат, жумладан маълум миқдорда яёв юриш кексаларда қон айланишини, оксидланиш жараёнларини фаоллаштиради, овқат ҳазм бўлиш жараёнини уйғунлаштиради ва танани тетиклаштиради. Кекса ёшдаги одамларнинг рационал овқатланишида қуйидаги тамойиллар муҳим аҳамиятга эгадир, жумладан: овқат рационидagi маҳсулотлар қуввати, сарфланган қувватга мос бўлиши, овқат рационидagi маҳсулотлар таркибини склерозга қарши ҳусусиятга эга бўлиши, маҳсулотлар турларини мувозанатлашган тартибга эга бўлиши, озиқ-овқатларни енгил ҳазм бўлиши кабилар. Ушбу тамойилларни аксарияти Ибн Сино таълимотида акс этган.

Хулоса қилганда, кексаларни соғломлаштириш ва умрларини узайтириш учун Ибн Сино тавсиясига қура бир вақтда танада ҳўлликни ва иссиқликни оширувчи омилларни

кўллаш, яъни уйқу вақтини ошириш, баданни тоза тутиш, етарли миқдорда суюклик ичиш, рационал овқатланиш, сийдик ва нажасни тез-тез танадан чиқариш, шунингдек, асаб хотиржам-лигини таъминлаш лозим.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ И СОВРЕМЕННЫЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

Ш.Б.Иргашев, проф. – ТашИУВ

Известно, что наш великий соотечественник Ибн Сина был одним из основоположников геронтологии как науки. Им подробно описаны рекомендации о жизнедеятельности людей в «продвинутых годах» (так величал и бережно относился к этому возрастному периоду великий ученый). Вопросы питания, жилья, одежды, физических нагрузок, сна, отдыха - вот неполный перечень глубокого, аналитического подхода описанных в «Каноне врачебной науки» направлений данного периода жизни людей.

При этом затронуты и исследованы как социальные вопросы геронтологии, так и медицинские аспекты. Поэтому роль Ибн Сины в создании геронтологии как науки можно считать основополагающим, положившим начало системному подходу развития этого направления в медицине.

На протяжении ряда лет Международный фонд Ибн Сины занимался изучением наследия ученого в области геронтологии. В республике были созданы «Геронтологические центры Ибн Сины», девизом которых был принцип «Здоровая старость». Целью центров было поэтапное, системное сохранение и укрепление здоровья пожилых и старых людей на всех этапах геронтологического цикла. Были созданы и внедрены специальные программы, охватывающие поликлинический, стационарный и

санаторный уровни профилактики и лечения. Особо выделялся уровень оздоровления этой возрастной группы в врачебно-физкультурных диспансерах.

В последние годы основной закономерностью изменения структуры населения во многих странах мира, в том числе и в Узбекистане, является заметный рост числа пожилых и старых людей. Необходимо напомнить, что одним из базовых показателей человеческого развития, наряду с образованием и уровнем жизни, является долголетие.

Концепция человеческого развития определяет долголетие как способность прожить долгую и здоровую жизнь. Показателем же долголетия служит средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни с момента рождения.

Таким образом, здоровье и долголетие не только составляющие, но и прежде всего, важнейшие предпосылки человеческого развития. И в этой связи, говоря о старении населения, необходимо иметь в виду не только увеличение численности пожилых людей, но и состояние их здоровья.

Валеологические принципы сохранения и укрепления здоровья этой целевой группы основаны прежде всего, на создании оптимальных условий жизнедеятельности людей преклонного возраста, с учетом их индивидуальности и возрастных особенностей: отдельно для пожилых (60-74 года) и старых (75-89 л).

Известно, что с годами в процессе старения происходит снижение резервных возможностей человека, с постепенным его истощением.

Вместе с тем, снижение компенсаторных возможностей организма приводит к достаточно высокой уязвимости организма к действию повреждающих факторов. Поэтому, формирование образа жизни, начавшийся, задолго до процесса старения, поможет людям данной целевой группы придерживаться хорошего качества жизни.

Задачей медиков для геронтологической группы является совершенст-

ование системы сохранения активного долголетия через формирование позитивного образа жизни, с созданием базы обеспечения дифференцированной медико-социальной помощи, включающая в себя *духовные, психологические, физические и медицинские аспекты*.

Современные валеологические подходы предполагают, наряду с вышеперечисленными аспектами, использование *стандартов и алгоритмов* к ним. Это означает, что сохранение и укрепление здоровья данной целевой группы будет иметь свой конкретный механизм формирования позитивного образа жизни, через определение стандартов (показателей) по каждому аспекту и раскрытия их механизмов осуществления через алгоритмы (популяционный и мотивационный).

К примеру, для духовного аспекта данной целевой группы стандарты могут быть следующими: *создание атмосферы уважения и внимания к людям преклонного возраста; их место в обществе; мудрость, доброта и наставничество с их стороны*.

Психологический аспект людей преклонного возраста наиболее сложный и многогранный. Какие же стандарты мы можем использовать для воздействия на психологические аспекты данной возрастной группы? Они могут быть следующими: *доброжелательность, терпимость (толерантность), психологическая устойчивость, сопереживание и любовь к близким*.

Физический аспект в геронтологической практике является очень важным и должен быть неотъемлемой частью жизнедеятельности пожилых и старых людей. Безусловно, физические нагрузки должны быть прежде всего индивидуальными и адекватными, согласно состояния пациента, его анамнеза, образа жизни, с определением количества (индекса) здоровья.

Поэтому соответственно стандарты должны быть следующими: *стремление к поддержанию физической формы; занятие физической культурой,*

ежедневная гимнастика, в том числе лечебная; посещение врачебно-физкультурных диспансеров; систематические пешие прогулки.

Медицинский аспект в данной целевой группе имеет особое значение, так как люди преклонного возраста чаще страдают различными заболеваниями, особенно хроническими, поэтому наряду с работой по предыдущим аспектам воздействия необходимо учитывать и лечить заболевания и проводить их профилактику. Поэтому стандарты к данному аспекту могут быть следующими: *стремление к активному долголетию (здоровой старости); ответственное отношение к своему здоровью; знания по основным заболеваниям, которыми страдает сам пациент преклонного возраста; соблюдение рекомендаций врачей, включая по формированию позитивного образа жизни*

Вышеперечисленные стандарты к различным аспектам воздействия рассматриваемой целевой группы должны иметь определенный механизм реализации в виде алгоритмов, которые подразделяются на популяционный и мотивационный.

Популяционный - это влияние *семьи, общества и государства*.

Мотивационный алгоритм осуществляется на индивидуальном и групповом уровнях и имеет несколько этапов воздействия: *информация о данном конкретном стандарте – мотивация – убеждение – знания - получение навыков – формирование позитивного поведения и формирование образа жизни*.

Процесс внедрения стандартов (показателей) с целью формирования позитивного образа жизни достаточно не простой и требует не только знаний и умения, но и навыков с учетом индивидуальности и особенностей данной возрастной группы. Вместе с тем, внедрение современных подходов, основанных на научных-валеологических принципах, позволит целенаправленно и системно улучшать

качество жизни людей преклонного возраста, а значит, создать все условия для их качественного долголетия.

НОВЫЕ ВИДЕНИЯ В СОЗДАНИИ ГЕРИОПРЕПАРАТОВ

**Искандаров С. акад., Бекчанов Х.Н.
к.ф.н., Разикова И.С. проф. –
Узбекский научно-исследовательский
химико-фармацевтический институт,
ТМА**

Главной задачей системы здравоохранения является создание оптимальных жизненных условий для сохранения здоровья и удлинение жизни населения. Известно, что расстройства, признававшиеся характерными для старости, такие, как артериосклеротические изменения мозговых, сердечных, почечных и периферических сосудов, трансминерализация сосудов и хрящей, остеопороз, гипертония, эмфизема, деформирующие изменения суставов и позвоночника следует считать патологическими явлениями, а не вовсе необязательными спутниками преклонного возраста.

Макробиоты характеризуются почти нормальной картиной крови, полноценностью нервной системы, мышления и оптимизма.

По данным ООН, средняя продолжительность жизни в развитых странах неуклонно растет. В прошлом веке она увеличилась с 49 до 79 лет. Доля населения в возрасте 60 лет и старше в настоящее время составляет около 20%, а к 2050 г будет составлять 33%.

Следовательно, проблема старения общества диктует необходимость продления активной жизни человека, что позволяет снизить всевозрастающие затраты на содержание и лечение нетрудоспособных пожилых людей.

Основными причинами многих заболеваний является нарушение в обмене жизненно важных веществ, таких, как витамины, микроэлементы, белки и

т.д. При сбалансированном питании у молодого организма можно предупредить множество заболеваний. Пожилым людям, кроме сбалансированного питания, также следует рекомендовать дополнительные вспомогательные лекарственные препараты с широким спектром действия, поддерживающие функции жизненно важных внутренних органов, таких, как печень, сердечно-сосудистая система, почки и т.д.

Одним из широко известных и популярных лекарственных растений в мире является куркума, основными действующими веществами которой являются куркуминоиды – природные фенольные соединения. Установлено, что куркуминоиды обладают гепатопротекторной, противовоспалительной, антиоксидантной, иммуностимулирующей, ангиопротекторной, желчегонной, ранозаживляющей, гиполипидемической, антитромботической активностями. Наряду с этим имеются публикации ряда авторов об их противораковой активности, а также о предотвращении болезни Алцгеймера.

Нужно отметить, что вышеуказанные свойства более выражены при их совместном присутствии, нежели чем индивидуальные куркуминоиды. В составе корневища куркумы кроме куркуминоидов также содержатся эфирные масла, фенольные соединения, различные ароматические оксикислоты, которые также обладают фармакологическими активностями. Известно, что эфирные масла куркумы обладают раздражающим желудочно-кишечный тракт свойством и ингибируют действия куркуминоидов. Исходя из этого, для получения целевого продукта с наибольшей активностью и с минимальными побочными действиями, нами разработан новый способ получения сухого экстракта корневищ куркумы, на что получен патент РУз.

В ходе проведенных доклинических фармакологических и клинических исследований установлено, что полученный нами экстракт обладает выраженными вышеуказанными свойствами. При

этом противовоспалительная активность экстракта куркумы не уступает некоторым нестероидным противовоспалительным препаратам. В отличие от них, экстракт куркумы совершенно не обладает раздражающим желудочно-кишечный тракт действием. Поэтому на основе данного экстракта внедрен в медицинскую практику препарат Ферулонг в виде капсул для лечения воспалительных заболеваний суставов, в том числе подагры. Учитывая гепатоангиопротекторную и высокую противовоспалительную активность экстракта куркумы, на его основе нами также разработаны препараты Курцетин – кардиопротектор, Гепапрот нео – гепатопротектор, Апилонг – применяемый в простатите и аденоме предстательной железы, комбинированием его с различными природными соединениями.

Улучшение качества жизни пожилых людей подразумевает комплексного подхода к поддержанию и улучшению функционирования всех жизненно важных органов. Учитывая данное обстоятельство, вышеупомянутые препараты были целенаправленно разработаны для решения данной проблемы, так как специфика действий этих препаратов охватывают основные заболевания, встречающихся у пожилых людей.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ ИНФОРМИРОВАНИЯ ИХ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ

**Искандарова Ш.Т., Абдурахимов
З.А., Бабажанов О.А. – ТашПМИ**

На современном этапе развития здравоохранения повышение уровня грамотности населения всех возрастных групп, особенно пожилых, в вопросах сохранения качества здоровья, доступности информации, а также правильного понимания и использования полученных знаний - решающее условие для принятия обоснованных решений и

развития способности управлять своим здоровьем. Для многих пожилых пациентов, когда они испытывают боль или тревогу по поводу своего здоровья или чувствуют себя уязвимыми, принятие решения о том, куда именно нужно обращаться за помощью, является очень актуальной задачей. Пациенты не должны быть пассивными при лечении своих заболеваний и, правильно понимая их причины, могут помочь своему выздоровлению. Врачи же не должны просто давать указания, а обучать и мотивировать пациентов к участию для увеличения вероятности достижения наилучшего результата.

Цель изучения. Провести оценку знаний пациентов о профилактике, диагностике и лечении заболеваний, то есть, по вопросам, связанным с оказанием им медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

Материалы и методы. Исследование проводилось с января по август 2011 года, путем опроса пациентов, получающих помощь в стационарных и амбулаторных условиях. Для этого нами была подготовлена анкета, которая состояла из 20 вопросов.

Целевую группу составили 100 пациентов, из них более 31% - пенсионеры, 39% - работающие, 10% -- инвалиды в трудоспособном возрасте и 20% - временно неработающие.

Важным звеном в исследовании и интерпретации результатов явилось изучение уровня их образования, пол, возраст и национальность. При этом выяснено, что 42% имеют высшее образование, 35% - среднее и 26% - среднее специальное образование.

Пол опрошенных респондентов разделен почти поровну, то есть, 49% мужчин и 51% женщин. Национальность, культура, обычаи и менталитет, плохое питание, алкоголизм и табакурение также оказывают влияние на качество жизни. При изучении национальностей респондентов было выявлено, что узбеки составили 58%,

русские – 14 %, татары(ки) – 20 % и других национальностей – 8 %.

Возраст респондентов разделился следующим образом: до 39 лет - 27%, 40-50 лет-29%, 51-60 лет-21% и свыше 61 лет- 24%.

По данным ряда авторов, хронические заболевания проявляются в основном после 40 лет. Анализ возраста изучаемых нами респондентов показал, что 73% в момент опроса были старше 40 лет, что говорит о возможном проявлении у них некоторых форм хронических заболеваний.

При изучении продолжительности заболеваний отмечено, что 19% болеют в течение одного года, 27%- в течение 1-3 лет, 28%-в течение 4-5 лет и 26% -более 5 лет.

На вопрос, имеете ли Вы достаточную информацию о своем заболевании, 75% респондентов ответили ДА, НЕТ ответили 25%, что можно оценить как хорошую информированность пациентов о своем заболевании.

Одним из задач исследования было выяснение источника получения информации о заболеваниях респондентов. Респондентам был задан вопрос: От кого в основном Вы получаете информацию о Вашем заболевании? На этот вопрос мнения респондентов разделились. Но радует то, что большинство - 77% респондентов ответили, что они получают информацию о своем заболевании у лечащего врача, 12% респондентов ответили, что они получают информацию от больных, 8% ответили, что получают информацию, читая газеты и журналы, и всего лишь 3% получают информацию от телевидения и из интернета.

Важным для изучения являлось определение объёма информации, предоставляемой респондентам. При более глубоком исследовании было выявлено, что 62% респондентов ответили, что лечащие врачи полностью информируют об их заболеваниях, методах лечения и возможных осложнениях. Вместе с тем, 38%

респондентов не удовлетворены информацией, которую предоставляют им лечащие врачи, и что они вынуждены обращаться к другим источникам. Отмечена недостаточность информации о диете, которая имеет большое значение при профилактике ряда хронических заболеваний. Лишь 57 % респондентов ответили, что они получают информацию о диете от лечащего врача, 43% респондентов ответили, что не удовлетворены информацией о диете, которую они получают от лечащего врача.

Своевременное информирование пациентов о результатах анализов способствует улучшению их знаний о своем заболевании и повышает ответственность за прием медикаментов и соблюдение диеты. Согласно опросу, 53% респондентов ответили, что они информированы о результатах анализов, которые дают характеристику их заболевания, 47% не имеют такой информации.

На вопрос, измерил ли артериальное давление, пульс, прослушал ли легкие и сердце Вам врач, ответы респондентов разделились следующим образом: ДА ответили – 78%, ЧАСТИЧНО или НЕТ ответили 22% респондента. Правильный осмотр, инструментальные методы исследования могут помочь при своевременном определении у пациентов хронических заболеваний, а также наблюдать за течением болезни во время проведения клинического и медикаментозного лечения. На основании этих ответов можно предположить, что иногда врачи проводят некачественный анализ состояния, осмотр, а инструментальные методы исследования недостаточны или недостоверны.

На вопрос: Довольны ли Вы качеством осмотра и объяснениями лечащего врача о Вашем заболевании?, 68% респондентов ответили ДА, 32%, или же каждый третий из опрошенных респондентов остался недовольным.

Следующий вопрос касался оценки деятельности врачей, согласно мнению респондентов. Мы попросили оценить их деятельность по четырем признакам, таким, как дисциплинированность, манера общения, информирование пациентов об их заболевании, информирование их по своевременному приему медикаментов по

4- балльной системе: 2 – неудовлетворительно; 3 – удовлетворительно; 4 – хорошо; 5 – отлично и получили следующий результат. Самый низкий бал получили признаки дисциплинированность (4,3 балла) и информирование пациентов об их заболевании (4,3 балла), более высокие баллы получили информирование о времени приема медикаментов, манера общения (4,5 балла).

Первостепенной задачей для специалистов общественного здравоохранения является соблюдение здорового образа жизни, правильное питание и неупотребление спиртных напитков, сокращение табакокурения. Это также является одним из ключевых проблем и для пациентов.

На вопрос: Соблюдаете ли Вы в настоящее время здоровый образ жизни и правильно ли питаетесь?, лишь 33% респондентов или каждый третий высказался, что он соблюдает здоровый образ жизни. Большинство, 67%, ответили, что они не соблюдают здоровый образ жизни и правильное питание, что может говорить об их низкой информированности о влиянии здорового образа жизни на качество и продолжительность жизни пациентов. Например, в рационе питания должна быть рыба. Рыба является ценным источником жирных кислот (омега-3) и изменяет степень иммунной реактивности, ограничивает нарушения жирового обмена и стабилизирует возбудимость сердца, ограничивая тем самым риск внезапной смерти от остановки сердца. Омега – 3 является важным компонентом для нормального развития головного мозга у плода и детей

раннего возраста. Она встречается не только в рыбе, но и в грудном молоке. Поэтому ВОЗ рекомендует использование исключительно грудного вскармливания до 6 месяцев для передачи омега-3 с молозивом и молоком матери. Кроме того, полиненасыщенный жир омега – 3 минимизирует процессы тромбо-образования, предупреждая тем самым развитие ИБС. На вопрос, знаете ли Вы, сколько здоровый человек должен употреблять рыбу в неделю? Респонденты ответили следующим образом: ДА ответили 15% и НЕТ ответили 85% респондентов.

Ограничение употребления соли может значительно снизить риск и осложнения, связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями. На вопрос: Знаете ли Вы, сколько здоровый человек должен употребить соли в течение дня?, ДА ответили 28% респондентов и НЕТ ответили 72% респондентов.

В литературе подчеркивается, что индустриализация, глобализация и экономическое развитие оказывают значительное влияние на здоровье населения, в том числе и негативное. Так, увеличение потребления населением пищи высокой энергетической ценности, с высоким содержанием насыщенных жиров, низким содержанием углеводов, а также малоподвижный образ жизни, в связи с появлением общественного и индивидуального транспорта и трудосберегающих приборов в быту и на работе, приводит к ухудшению здоровья населения и значительному росту числа неинфекционных заболеваний. На вопрос: Как по Вашему, какой образ жизни сокращает риск возникновения сердечно - сосудистых заболеваний?, респонденты ответили таким образом: «малоподвижный» – 27%, «подвижный» – 40% и «не знаю» – 33%.

Знаете ли Вы, что определяющим фактором риска развития ишемической болезни сердца является уровень холестерина в крови? Ответы респондентов разделились следующим

образом: ДА – 53%, НЕТ – 47% респондентов.

Важную роль в удовлетворенности пациентов больничными услугами является наличие необходимых условий и удобств. На вопрос: Устраивают ли Вас условия, созданные в стационаре или поликлинике (холодная и горячая вода, мягкий и твердый инвентарь, питание)?, больше половины, 56% респондентов, ответили – ДА, частично или же не удовлетворены – 44% респондентов, что может послужить одним из сигналов для руководителей учреждений здравоохранения.

Реформы, проводимые в системы здравоохранения, требуют поэтапного внедрения и развития рыночных отношений. Часть лечебно-профилактических учреждений, не входящих в систему первичной медико-санитарной помощи, переводятся на платное оказание медицинских услуг и самофинансирование. На вопрос: Знаете ли Вы, что в государственные клиники можно госпитализироваться согласно ордерам и получить бесплатную медицинскую помощь?, ДА ответили – 79% и НЕТ ответили 21% респондентов.

Выводы. Таким образом, в условиях, когда здоровье имеет не только моральное значение, но и в большей степени материальное, назрела крайняя необходимость возведения принципов здорового образа жизни в одну из приоритетных задач государственных и общественных организаций (махалля и др).

При улучшении здоровья населения должен активно участвовать каждый член общества, каждый гражданин должен быть информирован о методах здорового образа жизни, осведомлен о своем заболевании и его профилактике. Это особенно важно сегодня, когда медицинские услуги нередко доведены до уровня товара и стимулируется неэффективное его потребление. Информирование и повышение знаний пациентов является одним из внутренних потенциалов системы здравоохранения,

который на сегодня используется недостаточно.

Литература:

1. Bartlett E.E. Cost-benefit analysis of patient education. *Patient Education and Counseling* 1995;26:87—91.
2. LIU, J.L.Y. ET AL. The economic burden of coronary heart disease in the UK. *Heart*, 88: 597–603 (2002).
3. Robinson J.S., Schwart M.M., Magwene K.S., et al. The impact of fever health education on clinic utilization. *Am J Dis Child* 1989;143:698-704.
4. Kemper D.W., McIntosh K.E., Roberts T.M. *The HealthWise Handbook: Kaiser Permanente Edition*. Boise, Healthwise, 1994.
5. Sobel D.S. Rethinking medicine: Improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosomatic Medicine* 1995; 57: 234-244.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Кадыров А.М., проф., Ахмедиева А.Т.
к.э.н. – Институт экономики АН РУз**

В последние десятилетия в мире произошли необычные преобразования природы и общества. Они связаны с достижениями науки и техники — развитием энергетики, биологии и медицины, огромными социально-экономическими преобразованиями. За этот период произошли глубокие демографические сдвиги — резко увеличилась средняя продолжительность жизни человека, произошло значительное постарение населения. В большинстве промышленно развитых стран быстро прогрессирующее изменение возрастного состава населения уже сейчас представляет серьезную экономическую проблему. В течение последних трех десятилетий в развитии геронтологии во всем мире произошел большой прогресс, связанный с внедрением ее в различные разделы биологии, медицины, экономики, социологии, здравоохранения и социального обеспечения. Геронтология оказалась на перекрестке многих наук и

привлекла различных специалистов — от изучающих старение на уровне молекулы и клетки до руководящих социально-демографической и экономической политикой государства.

Происшедшие в последние десятилетия изменения в современном обществе, в характере образа жизни человека, научно-техническая революция преобразовали формы общения человека со средой и выдвинули особые проблемы перед гигиенической наукой вообще и социальной геронтологией в частности.

В этих направлениях широко развиваются исследования по определению уровня профессиональной работоспособности населения, степени и характера использования труда населения среднего и пожилого (пенсионного) возраста в современном производстве. Важно развитие социально-демографического и экономического аспекта исследований. Знание закономерностей формирования возрастного состава работающих и границ профессиональной работоспособности позволяет дифференцировать виды деятельности по степени привлечения труда пожилых людей.

В настоящее время наблюдается тенденция к постарению населения в мире, которая отражается в долгосрочных (2030 г.) прогнозах процесса глобального постарения населения в возрасте 60 лет и старше и особенно в возрастной группе 80 лет и старше. С точки зрения прогнозистов, преобладающее большинство среди пожилых будут составлять женщины; при этом будет наблюдаться неуклонное уменьшение населения до 15-летнего возраста. За годы независимости в Узбекистане средняя продолжительность жизни увеличилась с 63 до 73 лет. В 2010 г. этот показатель у женщин 75,1 лет, у мужчин - 70,6.

Старением населения демографы называют увеличение относительной доли лиц пожилого возраста. Население страны считается постаревшим или стареющим, когда эта доля превышает 7–8 % от общей его численности. В

большинстве экономически развитых государств к категории пожилых принято относить людей 65 лет и старше. В некоторых развивающихся странах границей считают 60 лет. Вообще граница пожилого возраста всегда будет условной, поскольку психологические, биологические или социальные параметры останутся индивидуальными.

В некоторых странах, например, во Франции и Швеции, первые признаки старения населения наметились еще в прошлом столетии, но никогда раньше увеличение доли старших возрастов не происходило так быстро и стремительно, как ныне. По прогнозам, во втором десятилетии XXI в. доля стариков в странах ЕС достигнет пика, ибо в пожилой возраст вступят поколения, родившиеся в послевоенный период (1946–1964 гг.). По сравнению с западноевропейскими странами США – более молодое государство: лиц 65 лет и старше здесь менее 15 %.

Причины старения населения в странах мира двойственны. С одной стороны, это спад рождаемости, который приводит к сокращению доли детей и молодежи. С другой – рост продолжительности жизни. Старение населения имеет экономические и социальные последствия, проявляющиеся:

- в увеличении доли пенсионеров по возрасту. На пенсионные фонды ложится непомерное бремя расходов на выплату пенсий, так как сокращается удельный вес работоспособного населения, делающего взнос в эти фонды;

- в увеличении доли пожилых людей, что ставит перед обществом задачу организации ухода за ними, тем более, что удельный вес лиц старческого возраста растет быстрее, чем доля пожилых людей в целом. Процесс “старения пожилых” особенно существенен для государственных органов, разрабатывающих социальную политику, служб, призванных помогать пожилым;

- в медицинском обслуживании пожилых, потребность в котором по мере

старения естественно возрастает. Медицинское обслуживание требует дополнительных средств, расширения сети медицинских, геронтологических учреждений, качественной перестройки системы здравоохранения;

- занятости пожилого населения, обеспечение работой “молодых пожилых”, желающих работать (к “молодым пожилым” относят, как правило, людей до 70 лет). Это сложная проблема, поскольку рабочих мест не хватает и для лиц трудоспособного возраста. Старение населения воздействует на структуру материального производства и сферы услуг, изменяя ассортимент товаров и услуг в соответствии с потребностями категории пожилых людей. Вопрос о социально-экономических последствиях старения населения широко обсуждается в научных и общественно кругах стран ЕС. В материалах Всемирной ассамблеи по проблемам старения отмечается, что в развитых странах с помощью государственной политики следует ограничить ранний выход на пенсию, отменить вычеты в пенсионный фонд из зарплаты пенсионеров, продолжающих работать, повысить привлекательность рабочей среды для пожилых, ввести для них более удобный подвижный график работы.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АБДОМИ- НАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОЖИЛЫХ

Каримов Ш.И., Аталиев А.Е. – ТМА

Согласно данным ЮНЕСКО, число лиц пожилого и старческого возраста прогрессивно увеличивается и к 2025 году их будет уже более 20% от общего числа населения земного шара - это самый быстро увеличивающийся контингент.

С каждым годом растет число пожилых и стариков, являющихся физици-

чески трудоспособными и умственно активными. Однако, изменения органов и тканей (эндогенные, гормональные нарушения, возрастные поражения, уменьшение массы костной ткани, поражение хрящевых структур и т.д.) – частые проявления возрастной физиологии. Со временем эти изменения становятся патологическими, нарушается качество жизни, присоединяются или обостряются заболевания органов брюшной полости (как ургентных, так и хронических). Возникает так называемый синдром взаимо-отягощения. Заболевания протекают тяжело, разнообразно – один больной может представлять собой «истинный музей патологии» (Н.Н. Малиновский, Э.Н.Ванцян, 1981).

Среди поступивших в хирургическое отделение экстренных и плановых больных в 20% - это лица пожилого и старческого возраста.

Причем более чем у 15% пожилых, поступившим с болями в животе, острая хирургическая патология была исключена.

Среди всех больных пожилого и старческого возраста с абдоминальной хирургической патологией наиболее распространенной является патология желчного пузыря, желчных путей (до 65-70%) – ЖКБ, острый холецистит, механическая желтуха; поджелудочной железы (до 7%) – острый панкреатит, холецисто - панкреатит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (до 8%) осложненная стенозом, кровотечением, перфорацией; грыжи различной локализации, в том числе и послеоперационные (до 5%), непроходимость, в том числе опухолевая (до 3.5-4%), острый аппендицит (не более 1%) и др.

Больные, поступившие как в плановом, так и в экстренном порядке, имеют по два и более сопутствующих заболеваний, из которых наиболее часто встречаются сосудистая патология (ИБС, атеросклероз, инфаркт), патология дыхательной (эмфизема, ХОБЛ),

сахарный диабет, нарушения нервной системы вплоть до деменции и другие.

Трудность сбора анамнеза, стертость симптоматики, атипичность, латентное течение, отсутствие манифестированного острого начала заболевания, поздняя обращаемость, связанная с различными причинами, в том числе зависящая и от самих больных (пожилые «стесняются стесняться»), полиморбидность обуславливает значительное число диагностических ошибок на этапах обследования, в том числе в клинике.

Другой сложной проблемой является невозможность из-за нескольких сопутствующих заболеваний полноценного обследования (в частности проведения эндоскопических исследований - ЖКТ, ЭРХПГ и др.), а в арсенале многих больниц отсутствует современная, неинвазивная диагностическая аппаратура (современные УЗИ аппаратуры, КТ, МСКТ, МРТ). Часто приходится уповать на клинический опыт и «пальпаторный талант».

Весьма трудным у пожилых является диагностика заболеваний органов брюшной полости, особенно urgentных, требующая тщательного сбора анамнеза (порой у близких родственников), взвешивание полученных физикальных, лабораторных, клинических данных, учет сопутствующих заболеваний и их тяжесть. Показания к операции должны быть аргументированы и исходить из положения, что тяжесть операции не должна превышать опасность самого заболевания.

Примерно 20% больные пожилого и старческого возраста вынуждены оперироваться по жизненным показаниям, с кратковременной подготовкой и высоким риском как самого вмешательства, так и анестезиологического пособия.

У лиц пожилого и старческого возраста отмечаются значительные изменения иммунологической реактивности, характеризующиеся дисфункцией как клеточного, так и гуморального характера, нарушаются процессы

метаболизма при хирургических патологиях (особенно их экстренных осложнениях). Отмечаются еще более глубокие изменения в иммунной системе, а оперативные вмешательства значительно усугубляют эти процессы, как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки.

Большое значение в исходах хирургических вмешательств следует придавать изменениям гемодинамики у пожилых, которые имеют двухзначный характер: гипердинамические (высокие показатели разовой и минутной производительности сердца, изменения показателей резистивных сосудов, без тахикардии) и гиподинамические (низкие показатели насосной функции, централизация кровообращения, тахикардия). Если в первом случае рекомендуется у пожилых восполнение дефицита ОЦК в размере $\frac{1}{2}$ его, то во втором - необходимо полное восстановление его.

В плановой хирургии можно воздержаться от операции, перенести ее выполнение после тщательной подготовки, консультации и лечения у смежных специалистов (терапевтов, кардиологов, эндокринологов, гематологов, анестезиологов-реаниматологов и т.д.) или отказать больному в операции. Совсем иная картина возникает при urgentных осложнениях - это в основном острый холецистит, механическая желтуха, серьезные атипично протекающие осложнения язвенной болезни - перфорация, кровотечения, декомпенсированный стеноз, когда времени на обследование и тщательную подготовку нет.

Это группа высокого риска, когда следует прибегать порой к минимальным вмешательствам, 2-3 этапным, когда снимаются острые явления и с последующей коррекцией состояния больного и радикальной операцией. Это касается в основном больных деструктивными формами холецистита (без выраженного перитонита), больные с

механической желтухой различного генеза.

Особую группу представляют больные с язвенной болезнью, которая условно делится на старые (больной «пришел в пожилой возраст» с уже длительным язвенным анамнезом) и поздние (проявляющие себя уже в пожилом возрасте). Морфологически эти язвы почти одинаковы, дают типичные осложнения. Невозможность производства радикальных операций у этой категории больных вынуждает применять паллиативные методы, направленные на спасения больного. Учитывая то, что у язвенных больных пожилого и старческого возраста отмечается гиперсекреция и пониженные защитные механизмы в послеоперационном периоде, должна проводиться комплексная, современная, противоязвенная терапия.

Атипичное течение, развитие серьёзных осложнений объясняют высокую (до 30%) летальность у лиц пожилого и старческого возраста при осложнениях хирургических заболеваний органов брюшной полости, а при таких процессах, как острая кишечная непроходимость (опухолевой, спаечной этиологии, ущемления грыж), мезентериальный тромбоз, дают летальность до 70-80%.

И все - таки, несмотря на преклонный возраст, полиморбидность, высокий риск и опасность, приходится оперировать этих больных, ибо «в распоряжении стариков нет уже сроков для продолжительного лечения с надеждой на последующие годы здоровья» (С.С.Юдин, 1955.).

Таким образом, оказание помощи пожилым больным с хирургическими заболеваниями является серьёзной геронтохирургической проблемой, требующей кардинальных решений.

СВЯЗЬ ДИНАМИКИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ВОЗРАСТОМ ПОПУЛЯЦИИ

Каюмов У.К., Саипова М.Л. –
ТашИУВ

Цель работы: Изучить возрастные особенности распространённости основных компонентов метаболического синдрома (МС) среди неорганизованной популяции.

Методы исследования: Обследована репрезентативная выборка из неорганизованного населения в количестве 366 человек. Исследование включало следующие методы: опросные, биохимические и инструментальные. Были изучены показатели систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД), частота артериальной гипертензии (АГ), частота гиперхолестеринемии (ГХ), гипертриглицеридемии (ГТГ), гипербетталипопротеидемии (ГβЛИП), сахарного диабета (СД) и нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), а также избыточной массы тела (ИМТ) на основании индекса Кетле. Изучение динамики распространённости рассматриваемых ФР проводилось среди 366 человек, прошедших как первичный скрининг, так и повторное обследование через 12 лет.

Результаты исследования. Установлена разнонаправленная динамика распространённости изучаемых ФР. По мере старения популяции частота АГ увеличилась с 17,13% до 25,97% ($P < 0.05$). За указанный период отмечено снижение распространённости ИМТ – с 18,03% до 13,66% ($P < 0,05$). Динамика частоты ГХ, ГТГ и ГβЛИП оказалась неоднозначной. Распространённость ГТГ увеличилась с 22,76% до 28,11% ($P < 0.05$), ГβЛИП – с 18,65% до 24,9% ($P < 0,05$), а ГХ уменьшилась с 17,31% до 11,24% ($P < 0,05$). Дать чёткое объяснение такой динамике распространённости гиперлипидии в рамках настоящего исследования

вряд ли будет возможно. По – видимому, ответ на вопрос о разнонаправленной динамике распространённости различных видов гиперлипидемий сможет дать более углублённое, специальное исследование.

По мере старения популяции отмечается большое увеличение распространённости СД. За 12 - летний период частота СД возросла с 3,58% до 9,29% ($P < 0,05$). Вместе с тем, за этот период частота НТГ снизилась с 34,15% до 25,68% ($P < 0,05$). При этом отмечается неоднозначная динамика распространённости нарушения симпатoadренальной и вагоинсулярной фаз гликемической кривой. По мере увеличения возраста популяции произошло снижение частоты НТГ, связанной с нарушением симпатoadренальной фазы гликемической кривой с 19,40% до 4,64% ($P < 0,05$) и увеличение частоты НТГ, связанной с нарушением вагоинсулярной фазы с 8,74% до 16,67% ($P < 0,05$). Объяснить такую динамику распространённости НТГ и нарушения различных фаз гликемической кривой можно физиологическими и патогенетическими особенностями, происходящими в организме по мере увеличения возраста (в частности, снижением активности симпатoadренальной системы организма, с которой тесно связана активность 1 фазы гликемической кривой и со снижением инсулярной активности вследствие увеличения с возрастом различных контринсулярных факторов).

Выводы. Динамика распространённости отдельных компонентов МС по мере увеличения возраста популяции неоднозначна: наряду с увеличением распространённости АГ, СД, ГТГ и гипер- β - липопроотеидемии, наблюдается снижение частоты ИМТ, ГХ и НТГ. При разработке и реализации программ по первичной и вторичной профилактике метаболического синдрома следует учитывать как наличие его компонентов, так и динамику их распространённости с возрастом.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Мавлянов Ж.А., Мавлянов А.Р. –
ТМА

Цель работы: изучение взаимосвязи между состоянием вегетативной нервной системы и частотой развития осложнений у больных с гастродуоденальной язвой. Патогенез язвенной болезни двенадцатиперстной кишки считается недостаточно ясным, хотя успехи в этом направлении очевидны. Бесспорное влияние на развитие болезни оказывают нервно-психические, алиментарные и висцеральные факторы. Генетики рассматривают язвенную болезнь как мультифакторное заболевание с полигональным типом наследования. Причем генетически детерминируется только предрасположенность к язвенной болезни, которая может реализоваться при воздействии на организм внешних факторов. В периоды, предшествующие рецидиву язвенной болезни, отмечается более высокая степень психического беспокойства. В этих случаях нарастает симптоматика, свидетельствующая о прогрессирующей депрессии адаптационно-компенсаторных механизмов. В патогенезе функциональных нарушений органов желудочно-кишечного тракта, а также гастритов, гастродуоденитов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки существенная роль принадлежит нарушениям со стороны вегетативной нервной системы.

Материал и методы. У 134 больных методом кардиоинтервалографии определяли состояние тонуса вегетативной нервной системы.

Результаты. Установлено, что у больных язвенной болезнью с осложненной формой преобладает парасимпатический тонус вегетативной

нервной системы, о чем свидетельствуют более высокие показатели (AM_0) - число значений кардиоинтервалов, ΔX (разность между максимальной и минимальной величинами продолжительности R-R в секундах), $ИН_{1,2}$, (показатели, получаемые в результате анализа кардиоинтервалографии, записанный в «покое» и «стоя»). В то же время, у больных с неосложненной формой также наблюдается высокий показатель $ИН_{1,2}$, вегетативной реактивности ($p < 0,01$), что свидетельствует о высоком напряжении регуляторных систем и повышении активности парасимпатического и гуморального канала регуляции. Преобладание парасимпатического тонуса оказывает преимущественное тоническое влияние на активацию агрессивных факторов желудка и напряженность в организме больных адаптивных механизмов. Об этом свидетельствуют данные о менее значительных изменениях таких важных показателей вегетативной нервной системы, как AM_0 , $ИН_{1,2}$, вегетативной реактивности в группе больных в отдаленный период. В то же время, обобщая в целом, можно констатировать, что проведение хирургического лечения оказывает выраженный стабилизирующий эффект на состояние механизмов вегетативного обеспечения организма, о чем свидетельствуют восстановление показателей M_0 , ΔX в положении "лежа" и "стоя" у больных в отдаленный период ($p < 0,01$).

Дополнительным подтверждением данного тезиса являются результаты анализа качественной характеристики исходного вегетативного тонуса и индекса напряжения вегетативного тонуса среди анализируемых групп больных. Как следует из полученных данных, у больных с осложненной язвенной болезнью в равной степени находятся эйтоники и симпатикотоники. У больных язвенной болезнью с неосложненной формой на первом месте преобладают симпатотоники (56,7%), на втором - эйтоники (36,7%) и на третьем -

ваготоники (6,6%). После проведенной хирургической операции в отдаленный период увеличивается число симпатотоников, ваготоников, и уменьшается число больных с эйтоническим влиянием вегетативной нервной системы. Следовательно, операционное вмешательство способствует повышению уровня проявления симпатико- и ваготоников и более значительному снижению эйтоников, а также, как компоненту катаболической фазы стресса - симпатикотонии.

Необходимо указать, что оперативное вмешательство несколько повышает коэффициент надежности у больных с неосложненной и осложненной формой язвенной болезни. Об этом свидетельствуют данные увеличения числа больных с нормосимпатотонической вегетативной реактивностью и уменьшения их числа с гиперсимпатикотонической формой вегетативной реактивности. В то же время, увеличение числа больных с нормосимпатикотоническим и сохранение высокого показателя гиперсимпатотоников можно так же рассматривать как показатели высокого риска срыва адаптационных возможностей симптоадреналовых механизмов, которые ответственны за трофическое обеспечение оптимального режима в слизистой оболочке желудка, адаптационно-компенсаторных реакций организма, недостаточность которой может способствовать у части больных язвенной болезнью риска возникновения осложнений.

Существенным дополнением к оценке эффективности проводимого хирургического лечения в отдаленные результаты явились данные о соотношениях показателей активности симптоадреналовых, парасимпатических и гуморальных механизмов в обеспечении адаптивных процессов в организме больных язвенной болезнью. Как в положении "лежа", так и "стоя" повышается величина индекса вегетативного равновесия у больных в отдаленный период относительно групп

больных с неосложненной язвенной болезнью, кровотечением, стенозом и перфорацией. В то же время несколько снижаются, в сторону контроля, показатели адекватности процесса регуляции ($p < 0,01$).

Следует отметить, что проверку информативности вегетативной нервной системы для прогнозирования развития осложнений язвенной болезни мы провели методом слепого выбора на 32 пациентах из 134 обследованных нами больных. При этом у 24 (75%) из 32 пациентов с гиперсимпатикотоническим и у 5 (15,6%) с симпатикотонической вегетативной нервной системой и нормосимпатикотоническим характером вегетативной реактивности прогноз развития осложнений в отдаленном периоде постхирургического лечения совпал. У остальных больных имели место несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, анастомозиты, нагноение послеоперационной раны, а также осложнения, возникшие остро на фоне относительного благоприятного течения.

Следовательно, использование метода определения вегетативной нервной системы является одним из важных вариантов обоснованного прогнозирования возможного развития частоты осложнений, позволяет четко определить прогностические критерии абсолютного показания к операции.

Таким образом, у больных с осложненной гастродуоденальной язвой выявлены в равной степени эйтоники и симпатикотоники, в то же время при неосложненной язвенной болезни преобладают симпатикотоники. Для прогнозирования возникновения осложнений язвенной болезни следует рекомендовать определение вегетативной нервной системы у больных с неосложненной язвенной болезнью в межприступный период. Определение фенотипических особенностей вегетативной нервной системы могут позволить прогнозировать развитие послеопера-

ционных осложнений у больных с осложненной гастродуоденальной язвой.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ N-АЦЕТИЛИРОВАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Мавлянов А.Р., Мавлянов Ж.А. – ТМА

Цель исследования: Известно, что в основе большинства заболеваний лежат изменения химического гомеостаза организма, причинами которых являются нарушения метаболизма химических соединений. Весьма важной ферментной системой, поддерживающей внутренний химический гомеостаз, является система N-ацетилирования. Нарушение метаболической функции этой системы приводит к серьезным отрицательным последствиям. Подтверждением этому могут служить данные о тесной зависимости между активностью процессов ацетилирования и клиническими показателями течения отдельных патологических состояний. В наших исследованиях в процессе обследования больных с осложненным течением язвенной болезни по важнейшим клиническим симптомам выявлена взаимосвязь между активностью процесса ацетилирования и клинико-лабораторными показателями язвенной болезни, осложненной кровотечением, перфорацией и пилородуоденальным стенозом.

Материал и методы. У 302 больных изучен фенотип ацетилирования по методу Evans в модификации Буловской Л.Н.

Клинический анализ течения язвенной болезни, осложненной кровотечением, у больных с различным фенотипом ацетилирования по таким важнейшим симптомам, как размер язвы, бледность кожных покровов и слизистых, артериальное давление, частота пульса и

дыхания, содержание гемоглобина, эритроцитов, показатель гематокрита и др., показал отсутствие четких достоверных различий между группой медленных и быстрых ацетилаторов. Однако в группе медленных ацетилаторов выявлены различия между уровнем активности фермента и содержанием гемоглобина, значением гематокрита, артериального давления. У больных медленных ацетилаторов с уровнем активности фермента N-ацетилтрансферазы от 0 до 20% отмечалось в основном самое тяжелое состояние с низкими показателями гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, артериального давления. Среди медленных ацетилаторов с уровнем активности от 20% до 50% т.е. в подгруппе с "промежуточным" фенотипом встречались больные как среднетяжелым, так и с тяжелым состоянием. Значения выше указанных клинических показателей у этих больных были выше показателей в подгруппе с активностью ацетилирования от 0 до 20% и занимали среднее положение. В группе быстрых ацетилаторов не было выявлено четких различий между активностью фермента и степенью тяжести заболевания.

Следовательно, больные с осложненной кровотечением язвенной болезнью и медленные по типу ацетилирования с самой низкой активностью фермента предрасположены к тяжелому течению заболевания. Полученные результаты предполагают целесообразность использования определения фенотипа ацетилирования как критерий прогнозирования характера течения осложненной кровотечением язвенной болезни и могут диктовать необходимость более ранних оперативных вмешательств у медленных ацетилаторов с низкими значениями активности ацетилирования.

Изучение корреляционной зависимости фенотипа N - ацетилирования с клинико-лабораторными проявлениями у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами (размер перфоративного отверстия, язвенного инфильтрата,

количества выпота, содержание лейкоцитов, лимфоцитов, значение артериального давления и др.) показало, что все быстрые ацетилаторы были с тяжелым течением заболевания в отличие от группы медленных ацетилаторов. Среди последних у больных с активностью N - ацетилирования от 0 до 10% также установлено тяжелое состояние, сопровождающееся высокими значениями размеров перфоративного отверстия, выпота, инфильтрата, количества лейкоцитов и др. У больных медленных ацетилаторов с активностью фермента от 25% до 50% (с промежуточным фенотипом) наблюдалось среднетяжелое и тяжелое течение заболевания. Однако корреляционная зависимость наблюдалась только между активностью ацетилирования и размером перфоративного отверстия, а также язвенного инфильтрата. По остальным клиническим симптомам различий не отмечалось. Как показали результаты, четкие достоверные различия между группами медленных и быстрых ацетилаторов отсутствуют, но существует прямая корреляционная связь между тяжелым течением заболевания у больных с прободными язвами и минимальным уровнем ацетилирования в группе медленных ацетилаторов (0-10%).

При обследовании больных со стенозами была выявлена разница между медленными и быстрыми ацетилаторами по степени развития стеноза и по сочетанию пилородуоденального стеноза с другими осложнениями. Среди медленных ацетилаторов встречались в основном больные с тяжелой степенью (II и III) стеноза, у которых наблюдалось также сочетание стеноза с другими осложнениями. В то же время, быстрые ацетилаторы имели I и II степень стеноза. Надо отметить, что среди медленных ацетилаторов более чаще встречались больные со стенозом в сочетании с кровотечением и пенетрациями, чем в группе быстрых ацетилаторов. По ряду клинических симптомов, таких, как язвенный анамнез, ушивание в анамнезе, содержание гемоглобина, размер язвы,

общее состояние и др. статистически достоверных различий между медленными и быстрыми, а также внутри групп не определялось.

Таким образом, в процессе клинического анализа течения осложненной кровотечением, перфорацией и пилородуоденальным стенозом язвенной болезни выявлены корреляционные связи фенотипа N - ацетилирования с важнейшими клиническими симптомами заболевания. Установлены различия между медленными и быстрыми ацетиляторами по важнейшим клиническим симптомам в группе больных с перфоративной язвой и с пилородуоденальным стенозом.

В группе больных с осложненной кровотечением и перфорацией язвенной болезнью и медленных по типу ацетилирования выявлена зависимость степени тяжести заболевания от уровня активности процессов ацетилирования. Самое тяжелое течение осложненной язвенной болезни наблюдалось у больных с минимальным уровнем активности ацетилирования.

Полученные результаты предполагают целесообразность использования определения фенотипа ацетилирования в качестве критерия прогнозирования характера течения и степени тяжести осложненной язвенной болезни, а также могут диктовать необходимость более ранних оперативных вмешательств у больных с кровотечением у медленных по типу ацетилирования с минимальными значениями активности N-ацетилтрансферазы.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Мадаминов Р.М., Тешаев О.Р.,
Аталиев А.Е. Худайберганава Н.Ш.,
Рузиев У.С. – ТМА**

Нами проанализировано 378 больных, находившихся на стационарном лечении

в хирургическом отделении ГКБ №1 г. Ташкента, в возрасте старше 60 лет с различными формами острого холецистита, что составило 39% от общего числа больных с острым холециститом. Давность заболевания варьировала от 5 часов до 5 и более суток. Лишь 17,9% были госпитализированы в сроки до 6 часов от начала заболевания. У 36,1% пациентов давность заболевания составляла 6 - 24 часа, а 46,0% больных поступили в хирургическое отделение позже 24 часов с момента развития острого холецистита.

Тактика лечения острого холецистита пожилых и стариков была активно-выжидательной, с подготовкой больного совместно со специалистами смежных специальностей (кардиолог, пульмонолог, анестезиолог, эндокринолог). Оперировано 148 больных: в экстренном порядке - 14 (9.4%) больных с выраженной картиной перитонита, в срочном - 74 (50.2%) больных, остальные 60 (42.8%) оперированы в отсроченном периоде. Обследование больных включало необходимые исследования: клиничко-биохимических анализы, УЗИ желчных путей и желчного пузыря, изредка КТ, МРТ, МСКТ, ЭРХПГ.

Основным методом операции была холецистэктомия через косой межмышечный доступ в правом подреберье - 123 (83.2%). Реже - срединная лапаротомия 14 (9.2%) и лапароскопическая холецистэктомия 11 (7.6%). Располагая опытом выполнения традиционной холецистэктомии с использованием верхнесрединной лапаротомии и косо-межмышечного доступа в правом подреберье, в последние годы предпочтение отдается последнему. Косой межмышечный доступ в правом подреберье малотравматичен, обеспечивает достаточный обзор и возможность манипуляций на желчном пузыре и протоках, не требует дополнительных инструментов. Ранняя активизация больного, антикоагулянтная профилактика свели к минимуму легочно-сердечные осложнения. Раневые

осложнения и послеоперационные грыжи на порядок ниже, чем при срединном доступе.

При использовании лапароскопической холецистэктомии из-за выраженного рубцово-спаечным процесса в области шейки желчного пузыря, конверсия потребовалась у 5 больных - холецистэктомии через косой межмышечный доступ в правом подреберье,

Общая летальность составила 3.4% (13 больных), послеоперационная – 2.1% (8 больных), в основном, в группе больных с запущенным перитонитом (4 больных), и от сердечно-легочных и тромбоэмболических осложнений.

ТАМАКИ ЧЕКИШ МУАММОСИНИНГ КЕНГ ТАРҚАЛИБ БОРИШИДА ЁШНИНГ АҲАМИЯТИ

Маматова Н.М. – ТошВМОИ

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимидаги ислохотларни босқичма-босқич амалга оширишда аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини шакллантиришда муҳим аҳамият касб этади. Юқумсиз касалликлар қаторига кирувчи тамаки чекиш муаммоси аҳоли орасида долзарб масалага айланган. Шундан келиб чиқиб, аҳоли саломатлигини турли хавфли таъсирлардан муҳофаза этиш, давлатимиз сиёсатининг ижтимоий соҳадаги устувор йўналишларидан бири этиб белгиланган.

Инсоният “Чекиш эпидемияси”га XX асрнинг иккинчи ярмида дуч келди. Бугунги кунда тиббий-ижтимоий, педагогик ва ҳуқуқий характердаги бу долзарб муаммо, кечиктириб бўлмайдиган қарор қабул қилишни талаб этади. Ҳозирги тезкор замонда, гиёҳвандлик, алкоголизм, гиподинамия, семизлик ва бир қанча иллатлар қаторида чекиш ҳам тараққиёт (цивилизация) касаллиги деб ном олган.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотига кўра, ер юзида ҳар йили

тамаки чекиш туфайли ривожланадиган касалликлар оқибатида олти миллион одам оламдан ўтади, агар тамаки чекиш суръатлари шу тарзда ўсиб борса, унда 2030 йилга келиб бир йилда аҳолининг ўлими ўн миллионга етиш эҳтимоли бор. Айнан тамаки чекиш билан боғлиқ ўлим ҳолати ривожланган Ғарб мамлакатлари ва ривожланаётган бошқа мамлакатларда ҳам бир хилда қайд этилади, бироқ ривожланиб келаётган мамлакатларда тамаки чекиш билан боғлиқ касалликларнинг сони ва ўлим кўрсаткичлари кескин ортиб бормоқда. Жаҳон банкининг маълумотига кўра, 2030 йилга келиб, кам ва ўрта даромадли мамлакатларда 35 ёшдан 69 ёшгача бўлган ҳар ўн кишидан еттинчисининг ўлими айнан тамаки чекиш туфайли содир бўлади.

Тамаки маҳсулотларининг зарарлари ҳақидаги маълумотларни олиш жойи асосан:

шахсий уй	- 40%
тиббиёт муассасаси	- 16%
ўқиш	- 10%
кўча	- 9%
маҳалла	- 8%
иш	- 5%
ҳисобланади.	

Албатта, турли ёшдаги гуруҳлар орасидаги фарқлар кескин ўзгариб боради. Ўсмирлар (15-19 ёш) асосий ахборотни уй ва ўқишдан (46%- 21%) олади, кексалар эса уй, тиббиёт муассасаси ва маҳалладан (35%, 17%, 12%) маълумот олишади. Шунини қайд этиш лозимки, ўсмирлар учун тиббиёт муассасаларининг аҳамияти бошқа гуруҳларга нисбатан кам баҳоланади (12%, 16-20%). Маҳалланинг роли чекишнинг зарарлари ҳақидаги маълумот манбаи сифатида ёш улғайган сари ортиб боради. Маҳалланинг роли ўсмирлар орасида (5%)га, кексалар орасида (12%)га тенг. Чекишнинг зарарлари ҳақида маълумот олиш манбаи сифатида меҳнатга лаёқатли гуруҳлар орасида ҳатто ишхона жуда кам қайд этилган. Шаҳарлик ва қишлоқ аҳолиси орасида фақат битта кескин фарқ бор, яъни

қишлоқликларнинг аксарияти (43%) тамаки маҳсулотларининг зарари ҳақидаги маълумотларни, шаҳарликларга нисбатан (33%) кўпроқ уйда олишади. Бошқа саволларда қишлоқ ва шаҳар аҳолиси орасида деярли аҳамиятли фарқ кузатилмади.

Чекишдан воз кечишнинг сабаблари ўрганилганда маълум бўлдики, илгари ҳаёти давомида чеккан кашандаларнинг сигаретдан воз кечишига асосий сабаблар қуйидагилардан иборат бўлган:

ёқмай қолди	- 45%
саломатлигим ёмонлашди	- 30%
қимматлиги туфайли	- 16%
бошқа сабаблар	- 9%.

Олдинги чекувчиларнинг сигаретдан воз кечишга ундовчи сабаблар ўзига тортади. Шаҳарлик респондентлар орасида энг аҳамиятлиси “ёқмай қолди” ёки “соғлигим ёмонлашди” каби сабаблар (54 % ва 27 %) ташкил этса, қишлоқда истиқомат қилувчиларда булар қаторига яна “қимматлашгани туфайли” деган сабаб (22 %) қўшилган. Шу ўринда хулоса қилиш мумкинки, бу ҳолат қишлоқ аҳолисининг сигаретдан воз кечиш нос чекишга ўтишидан далолат беради.

Тамаки чекиш атрофдаги чекмайдиган инсонлар саломатлигига катта зарар етказиши, чунки улар тамаки тутунидан беихтиёр нафас олади, айниқса болалар бундан азият чекади. Пассив чекиш бош оғриқ, йўтал чақиради шиллик қаватларнинг таъсирланишига олиб келади ва хавфли касалликларнинг ривожланишига туртки бўлади. Атрофдагиларнинг чекиши туфайли болаларнинг саломатлигида ва ижтимоий хулқ атвор меъёрларида муаммолар вужудга келади. Уларда бронхит, нафас йўллари ва ўрта қулоқнинг яллиғланиши тез-тез учрайди ва кўпинча астма касаллиги ривожланади.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан жамоат саломатлигини сақлашга қаратилган тамаки чекишга қарши “Ҳадли конвенция” жорий этилган бўлиб, бугунга келиб мазкур конвенцияга 200 дан ортиқ мамлакатлар аъзо.

Қувонарли томони шундаки, 2012 йил 6 мартда Ўзбекистон Республикаси Жаҳон ССТнинг “Тамаки чекишга қарши кураш бўйича бутунжаҳон шартномаси”га қўшилди. Мазкур ҳужжат одамларнинг юқори даражада саломатлигини ҳимоя қилиш ҳуқуқини тасдиқлайди.

2011 йил 5 октябрда Ўзбекистон Республикасининг “Алкоголь ва тамаки маҳсулотларининг тарқатилиши ҳамда истеъмол қилинишини чеклаш тўғрисида”ги Қонун ҳамда давлат, нодавлат ва халқаро ташкилотларнинг тамаки чекишга қарши фаол ҳамкорликдаги кураши бўйича қабул қилинган қатор қонун ости ҳужжатларининг аҳамияти беқиёс.

Ушбу Қонуннинг мақсади алкоголь ва тамаки маҳсулотларининг тарқатилиши ҳамда истеъмол қилинишини чеклаш соҳасидаги муносабатларни тартибга солишдан иборат Ушбу Қонун фуқароларнинг соғлигини, аввало, йигирма ёшга тўлмаган шахсларнинг соғлигини алкоголь ва тамаки маҳсулотларини истеъмол қилишнинг зарарли таъсиридан, шу билан боғлиқ ижтимоий ва бошқа салбий оқибатлардан ҳимоя қилишга, шунингдек жамиятда соғлом турмуш тарзини шакллантириш ҳамда қарор топтиришнинг ташкилий ва ҳуқуқий шарт-шароитларини яратишга қаратилгандир.

ТАМАКИ ЧЕКУВЧИЛАР ОРАСИДА КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИ ВА ТУРЛАРИ

Маматова Н.М. – ТошВМОИ

ЖССТнинг маълумотиغا кўра, тамаки чекиш 40 дан ортиқ касалликларнинг ривожланишига сабаб бўлади. Тамакининг қуруқ баргида 1-3,7% никотин, 0,1-1,37% эфир мойлари, 4-7% смола ва бошқа кимёвий бирикмалар мавжуд бўлиб, улар юрак қон томир, нафас аъзолари, ошқозон ичак тизими касалликлари ва хавфли ўсмалар ривожланишига олиб келади.

Тамаки маҳсулотларини истеъмол қилувчилар орасида касалланиш турлари ва даражасини ўрганиш мақсадида тадқиқотлар олиб борилди. Жами 2394 та беморлар орасида ижтимоий сўровнома ўтказилди. Шундан 1394 таси Тошкент ва Самарқанд шаҳарларида жойлашган шифохона ва амбулаторияларда даволанаётган асосий ташхиси тамаки ва нос чекиш билан боғлиқ бўлган беморлардан иборат бўлиб, амбулатор беморлар - 315 кишини, стационарда даволанаётган беморлар – 1079 кишини ташкил этди. Сўровнома беморлар билан юзма-юз даволаниш жойида ўтказилди. Республиканинг турли ҳудудларида яшайдиган айнан тамаки чекиш туфайли ривожланадиган касалликларга дучор бўлган 1000 та стационар даволанаётган беморлардан олинган маълумотлар таҳлил этиб ўрганилганда куйидаги маълумотлар олинди (2011й.).

Даволаш профилактика муассасаларидаги стационар ва амбулатор беморлар орасида ўтказилган ижтимоий сўровномада тиббиёт адабиётларидан олинган маълумотлар ва касалликларнинг халқаро таснифи (10 нашри) асосида тамаки чекиш туфайли ривожланадиган тўрт хил йўналишдаги касалликлар танлаб олинди.

Тиббиёт муассасаларида стационар ва амбулатор даволанаётган беморлар учун махсус анкета сўровнома тузилди ва махсус тайёргарликдан ўтган интервьюерлар томонидан сўровнома ўтказилди. Асосан сўровномада тамаки чекиш туфайли ривожланадиган касалликлар билан оғриган беморлар иштирок этди.

Шифохоналардаги ихтисослаштирилган бўлимларда айнан тамаки туфайли ривожланган касалликлар билан даволанаётган беморлар учун койкалар сони кам бўлганлиги туфайли, тадқиқот давомида шифохонадаги барча стационар даволанишда бўлган беморлар ижтимоий сўровномада иштирок этди. Амбулатор беморлар эҳтимолий танлаб олинди, яъни юқорида қайд этилган поликлиникаларга шифокор қабулига келган шахслар интервьюерлар томонидан сўровномага

жалб қилинди. Сўровномада иштирок этиш шarti: агар бемор тамаки чекиш туфайли ривожланган касалликларнинг биронтасига дучор бўлган бўлса ва ихтиёрий равишда сўровномада қатнашиш истагини билдирса.

Жами 30 та тиббиёт муассасасидан 1395 та беморлар ижтимоий сўровномада иштирок этди, улардан 1080 таси стационар, 315 таси амбулатор беморлардан иборат бўлди (2009 й).

Тамаки чекиш стажи ўрганилганда куйидаги маълумотларга эга бўлдик. Сўровномада иштирок этган 1000 та респондентлар ичида ўпка ва нафас аъзолари, юрак қон-томир ҳамда асаб касалликларга дучор бўлган беморлар 10 йилдан кўп чекиш стажига эга. Ўсма ва ошқозон яра касаллиги билан оғриган беморлар 10-20 йил мобайнида сигарет ва носни биргаликда чекканини қайд этишган.

Шу ўринда қайд этиш лозимки, 10-20 йилдан ортиқ давр мобайнида нос чеккан беморларда ўсма, юрак қон томир, ўпка нафас аъзолари касалликлари кўп учрайди. Респондентларни касбига қараб ажратганимизда ишчи-деҳқонлар 40 %ни, хизматчилар 15%ни, уй бекалари 20 %ни, вақтинча ишсизлар 5%, нафақадагилар 24,5% ни ташкил этди. Респондентлардан 13,0% хавфли ўсмалар, 11,0 % асаб тизими хасталигига чалинган, қон айланиши тизими касалликлари 30,0%, нафас олиш аъзолари касалликлари 32,0%, ҳазм қилиш аъзолари касалликлари 14,0 % ида қайд этилган.

Чекиш туфайли ривожланган касалликларни даволаш учун 1000 та беморлар 100% тиббий ёрдам олган, уларнинг 78,0% га шифокорлар, 8,0% га фельдшер, 6,5% га табиб, 7,5% га бошқалар тиббий ёрдам кўрсатишган.

Сўнгги 12 ой ичида чекиш туфайли ривожланган касалликларни даволаш мақсадида 55,0% та респондент бир маротаба, 30,0% таси 2-3 маротаба, 15,0% уч ёки ундан ортиқ маротаба стационар даволаш учун госпитализация қилинган. Ушбу беморларнинг 70 % га оила аъзолари дори воситалари харид

қилишган. Респондентлар орасида ҳозирги вақтда тамаки чекувчилар 54,5% кишини ташкил этади. Улардан 75,0% киши ҳаётида бир маротаба бўлса ҳам тамаки чекиб кўрган. Кашандалардан 60,0% киши энг биринчи тамакини 14 ёшгача чекиб кўрган, 38,7% киши 14-20 ёш гача сигарет чекиб кўришган.

Одатда чекувчи респондентларнинг 30,0% кун давомида 20 дона (бир пачка) сигарет чекади, шундан 19,4% киши 10-15 дона, 5,1% киши 7-8 дона чекишини қайд этишган.

Кашандаларнинг 5,8% ҳаво иссиқ пайтда ҳам уйда, ишхонада бино ичкарасида сигарет чекишини қайд этишган, 28,0% чекиш учун ташқарига ҳовлига чиқишини айтган. Респондентларнинг 11,3% кўчада чекишини, 9,4% умуман атрофдагиларга эътиборсиз тарзда хоҳлаган жойда чекишини қайд этган.

ТЕНДЕНЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО МИКРОТРОМБО-ВАСКУЛИТА (ИМТВ) И ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ (ИТП) У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

**Маткаримова Д.С., Рахманова У.У.,
Маткулиева М. – Ургенчский филиал
ТМА**

Актуальность. Проблема геморрагических диатезов (ГД) имеет важное значение, как с позиций распространённости, так и социальной значимости. Несмотря на прогресс в изучении ГД, многие их аспекты окончательно не решены (патогенез, методы диагностики, профилактики и лечения разработаны недостаточно), что обуславливает актуальность данной проблемы.

Цель. Выявление тенденций и особенностей иммунного микротромбоваскулита (ИМТВ) и идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) у пожилых лиц в условиях Южного Приаралья.

Материалы и методы. По данным архивного материала ХОММЦ проведен ретроспективный анализ больных пожилого возраста (от 60 до 65 лет) с ИМТВ и ИТП, пролеченных за период с 2008 по 2012 гг.

Результаты. Анализ изучения показал, что за последние 5 лет, с 2008 по 2012 гг., среднее число госпитализированных больных с ИМТВ и ИТП составило 16,3 и 19,3 случая в год соответственно. Выявлено, что по сравнению с 2008-2009 гг., за 2010-2012 гг. отмечается тенденция к росту заболеваемости. Так, с 2008 по 2009 годы среднее количество больных составило 12 и 14, за 2010-2011 годы составило 16 и 18, за 2012 год их число составило 21 и 26 больных соответственно. При этом отмечены такие особенности заболевания, как увеличение количества больных с тяжелым течением, возросло количество больных с более выраженным геморрагическим синдромом с 2008 по 2010 годы на 29 и 32 % по сравнению с 2006-2007 годами (18 и 24%) соответственно. Также отмечено увеличение числа больных с частыми рецидивами, что составило за 2006-2007 годы в среднем 3 и 2 случая в год, за 2008-2009 годы 6 и 8 случая, а за 2010 год 7 и 10 случаев.

Заключение. Таким образом, в результате анализа выявлена тенденция к росту числа госпитализированных больных в пожилом возрасте, увеличение числа больных с тяжелым и рецидивирующим течением как ИМТВ, так и ИТП. Это требует дальнейшего изучения данной проблемы.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Муминова Г.Г., Абдуясупова К.М.,
Фаттахов Ш.А. – ТашИУВ**

Актуальность. У пожилых людей, длительно страдающих эрозивно-язвенной и гиперкератотической формами

красного плоского лишая (КПЛ), озлокачествление элементов поражения наблюдается примерно в 1% случаев.

Цель работы. Изучить частоту проявления и особенности течения КПЛ у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. На кафедре 1-стоматологии ТашИУВ под наблюдением находились 160 больных пожилого возраста от 60 до 72 лет. Из них у 96 больных (52 женщины, 44 мужчин) наблюдалось поражение эрозивно-язвенной (57 больных) и гиперкератотической (39 больных) формами КПЛ с диабетом и гипертензией. У всех больных с синдромом Гриншпана тщательно собирався анамнез, проводились клинические обследования, лабораторные исследования. В связи с тем, что у некоторых больных признаки сахарного диабета клинически не выявлялись, проводили тест на толерантность глюкозе, который позволяет выявить начальную или скрытую форму нарушения. Были выявлены эрозивно-язвенная форма КПЛ, избыточный вес, артериальная гипертензия, в полости рта коронки из разнородных металлов, амальгамовые пломбы, некачественные конструкции протезов, патологии прикуса. Пациенты с КПЛ страдали данным заболеванием от 2 до нескольких лет.

Результаты. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы КПЛ у лиц пожилого возраста наблюдались в течение 5 лет. При длительно незаживающих эрозиях обязательна консультация онколога, с взятием материала с эрозий и язв для цитологического исследования. Из 96 больных озлокачествление наблюдалось у 3 человек, после подтверждения биопсического материала. Больные были взяты на диспансерный учёт и были под наблюдением в течение 6 месяцев, 1 года, 2, 3 и 5 лет. Ремиссию процесса слизистой оболочки полости рта после лечения наблюдали у 16% больных. Лечение проводили комплексно, совместно с эндокринологами, терапевтами, кардио-

логами. Со стороны полости рта удаляли острые края зубов, искусственные коронки изготавливали из однородных металлов, выравнивали окклюзию. У больных, имеющих аллергические реакции на пластмассу, базис протеза изготавливали из безцветной пластмассы.

Выводы.

1. Все больные пожилого возраста, обратившиеся к стоматологу, должны быть взяты на диспансерный учёт.

2. Больным с эрозивно-язвенной и гиперкератотической формами КПЛ необходимо санация полости рта, профессиональная гигиена, устранение травматических факторов и рациональное протезирование.

3. Больным с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта, на фоне КПЛ с синдромом Гриншпана, необходимо одновременно проводить диагностику и комплексное лечение у эндокринолога, терапевта, кардиолога и онколога.

4. При местном лечении эрозивно-язвенных поражений необходимо использовать кератопластики, витамины группы А и Е, антисептические препараты, содержащие хлоргексидин, как раствор для полосканий Элюдрил, гель для дёсен Пародиум и антибактериальная зубная паста Эльгидиум, для исключения вторичного инфицирования эрозий и язв.

ЁШЛИКНИ САҚЛОВЧИ МАЪЖУН

Назирова М.Н. – ТошВМОИ

Тадқиқотимиз мақсади Махмуд Ҳаким Яйфоний - Хўқандий (1850-1930) кашф қилган дори - Ёшлиқни сақловчи маъжун (маъжун - таркибида учдан икки қисми асалдан иборат бўлган мураккаб дорининг номи) ҳақидаги маълумотларни ўрганиб, унинг таркибий қисмларини илмий ва маҳаллий номларига аниқлик киритиш ҳамда халқ табобати ва замонвий тиббиётда фойдаланиши ҳақидаги маълумотлар билан тўлдиришдир.

Бунинг учун Махмуд Ҳакимнинг “Тариқ ул-илож” (“Даволаш усули”), асарининг 2-жилди 134-саҳифасида шу дорига тегишли эски ўзбек тилида араб ҳарфлари билан ёзилган маълумотлар кирилл ҳарфларига ўтказилди, араб ва форс тилларида берилган тиббиётга тегишли сўз ва атамаларни ҳозирги ўзбек тилига таржима қилинди, қисқача шарҳланди.

Ёшликни сақловчи маъжун: “... *Маъжуни Махмудий* (“Махмуд Ҳаким маъжуни”): - *маний* (эрлик уруғини)ни зиёда қилур ва олатни сихат қилур, ва орзуи жимоъини кўп қилур (жинсий хоҳишни), ва *маъжуни лубуба* (машҳур мураккаб дорининг номи)дан қувватлик. *Ҳарорат гаризининг* (туғма иссиқлик), ва *қуввати меъда* (ошқозон ҳазм фаолиятини), жигарни ва қуввати дилни (жигар ва юрак қувватини) ва иштаҳани зиёда қилур. Ва йўталлари *қуҳна* (сурункали) ва оёқ оғриқларга, ва *хафақон* (юрак ўйнаши)га *нафеъдур* (фойдалиқ). Ва ёшликни *муҳофазот* қилур (ёшликни сақлайди) ва бодларни *дафъ* (йўкотади) қилур ва аксар маъжунлардан қувватлик ва лазиз ва *хифзни* (хотира) зиёда қилур”.

Таркиби: “*жузбуво* (мускат ёнғоғи), *қиринфул* (қаланфурмунчок), *дорфулфул* (узун мурч), *фуфул* (қора мурч), *баҳманийн* (бойчечак), *тударийн* (дала хантали) ховланжон, занжабил, заъфарон, труп уруғи, пиёз уруғи, шалғом уруғи, юнғичқа уруғи, *сунбла ат-тиб* (доривор валеряна), савринжон, жувона, арпаодиён ҳар қайси бир *пайса* (бир пайса- 5 мисқол, 1 мисқол - 4,25 грамм)дан, *дорчини* (долчин, корица китайская) уч пайса, *шақоқол* (Миср ёввойи сабзиси) икки пайса, *саъд куфи* (куфа тўпалоғи) бир пайса, *асарун* (туёқўт, Европа асаруни), товуқ тухуми ва *қособ ал-зарира* (хушбўй қаламус), *заронбод* (ёввойи занжабил), *басбоса* (мускат ёнғоғининг пўстлоғи), нахуд уни, кўкнор уруғи бир пайсадан, мағиз бодом, мағиз ёнғоқ, мағиз *фулфул* (қалампир), мағиз писта ҳар бири икки пайсадан, *аъуд* (алой), болосон (бальзам дарахти),

солйаҳа (Цейлон долчини) бир пайсадан, мастаки уч пайса, сабзини уруғи бир қадок, пиёзни суви икки қадок, *фили* (фил тиши суяги ёки каркидон шохи) ва *мағиз озаройун* (тирноқ гул уруғи) икки қадокдан, новвот икки қадок, асал етти қадок. Филини ювиб, қодрлойиқ сув бирла қайнатсин ва пиёз уруғини ҳам қодрлойиқ сув бирла алоҳида қайнатсин ва филини суви ва пиёз уруғини сувини соф айлаб пиёз суви бирла қўшиб новвот бирла қайнатиб қиём айлаб асални ҳамроҳ айлаб, *адвияларни* (таркибий қисмлар маъносида) туйиб қиём маскурга қўшсин. *Зароф* (идиш) шишада асрасин, аммо *салас* (учдан бири) шиша холи бўлсин. Ҳар сабоҳ шом бир мисқолдан истеъмол қилса бадан соғлом бўлиб, *боҳ ла интиҳо* бўлиб, кўп фойдалар қилур”.

Шундай қилиб, “Ёшликни сақловчи маъжун” нинг таркибида 41 та ўсимлик ва 3 та жонзотлардан олинадиган жами 44 хил табиий маҳсулотлар бор. Мазкур таркибдаги 21 маҳсулот замонавий тиббиётда дори-дармонлар ишлаб чиқариш учун ишлатилади. Қолган маҳсулотлардан қадимдан озиқ-овқат саноатида фойдаланилади. Таркибий қисмларининг кўпларини Ўзбекистон Республикаси ҳудудидан топиш мумкин. Рецепт оддий ва тушунарли тилда ёзилган бўлиб, Махмуд Ҳаким тавсияси асосида, бу дорини, мутахассислар томонидан осон тайёрлаш имконини беради. Махмуд Ҳаким кашф қилган бу дори инсонларга узоқ ва соғлом ҳамда сифатли ҳаёт кечириш имкониятларини яратади.

КЕКСАЙИШНИ УЗОҚЛАШТИРУВЧИ МАЪЖУН

М.Н. Назиров - ТошВМОИ

Тадқиқот мақсади Махмуд Ҳаким Яйфоний-Хўқандий амалиётида қўллаган “Суръат пирликни дофиъ қилувчи маъжун” ҳақидаги маълумотларни ўрганиб, таркибий қисмларининг илмий ва маҳаллий номларига, тайёрлаш

усулига, табиатига, фармакологик хусусиятларига, ишлатиладиган касалликлар рўйхатига, ишлатиш усулига ва сақлаш муддатига аниқликлар киритиш.

Бунинг учун Маҳмуд Ҳакимнинг Тарик ул-илож, Ибн Синонинг “Ал-қонун фит-тиб”, Абу Раҳон Бирунийнинг “Китаб ас-сайдана фит-тиб”, Муҳаммад Акбар Арзонийнинг “Тибби Акбар” ва Али Ҳожи Курбонниёз Эмчининг “Уйғур табобати пишиқ дорилар хазинаси” асарларидаги шу каби дориларга тегишли маълумотлар қиёсан ўрганиб чиқилди.

Таркиби: қобил ҳалийласининг пўсти (*Terminalia chebula* Retz., пўсти), ҳинд ҳалийласи (*Terminalia horrida* Stend.), сариқ ҳалийла пўсти (*Terminalia citrine* Roxb., пўсти), омила (*Phyllanthus emblica* L., мевалари), узун мурч (*Piper longum* L.), қора мурч (*Piper nigrum* L.), чакамуғ (*Lepidium latifolium* L.) ҳар биридан 30 граммдан, Миср ёввойи сабзиси (*Pastinaca Schekakul* Bois.), занжабил (*Zingiber officinale* Rosc.), дала хантали (*Lepidium perfoliatum* L.), қуш тили, шумтол (*Fraxinus excelsior* L.), қизил баҳман (*Stachys limonium* L. илдизи), оқ баҳман (*Centaurea behen* L. илдизи), ёввойи сано уруғи (*Cassia Tora* L., уруғи), кунжут (*Sesamum indicum* L.), маҳсар (*Carthamus tinctorius* L.), новвот (*Sacharum officinarum* L. кристали), оқ кўкнорнинг уруғи (*Paraver somnitferum* L. уруғи), ҳар қайсисидан 10 граммдан олинади.

Тайёрлаш усули: барча қисмларни қоида бўйича майдалаб, элакдан ўтказилади. 80 г бодом ёғи ва 1000г. кўпиги олинган асал кўшиб аралаштирилади. Сўнгра шиша идишга солиб, уч ойгача сақланади. Шундан сўнг истеъмол қилса бўлади. Қуввати то уч йилгача боқийдур.

Табиати: қуруқ иссиқ.

Хусусияти: бадандаги оғриқларни пасайтиради, мияни тозалайди, ошқозонни фаоллаштириб овқат ҳазмини яхшилайдди, хотира ва зеҳни тез қилади. Ичакларни ва сийдик пуфагини фаолиятини ҳам яхшилайдди. Эшитиш, кўриш, ҳид билиш, таъм билиш, тери

орқали силаб сезиш каби сезгиларни кучайтиради. Қонни соф қилади, пайларни бақувват қилади, жинсий хоҳишни ва қувватини зиёда қилади. Бадандаги юнг-мўйларни соғломлаштиради ва тери рангни соф қилади. Меъдани иссиқ қилади. Умумий баданни қувватини ошириш хусусиятига эга.

Қўлланиши: вақтидан илгари қариб қолишни олдини олиш, ҳамма совуқдан бўлган касалликларни, *бавосил ал-ҳайни* (оғир бавосил – сурункали геморрой), хотира пастлигини, кўзнинг хиралигини, ошқозон, ичак, жигар, буйракларнинг сурункали касалликларини, умумий бадан ожизлигини даволашда ва сезги аъзоларининг фаолиятини ошириш учун ишлатилади.

Ишлатиш миқдори: ҳар куни икки маҳал 10 граммдан (икки чой қошиқдан) истеъмол қилинади. Касалликларни даволаш учун 2-3 ой, соғлиқни сақлаш, узоқ умр кўриш мақсадида йил бўйи истеъмол қилиш мақсадга мувофиқ.

Шундай қилиб, бу маъжуннинг таркибида 20 та ўсимлик ва 1 та ҳайвондан олинадиган жами 21 хил табиий маҳсулотлар бор. Мазкур таркибдаги 19 маҳсулот замонавий тиббиётда дори-дармонлар ишлаб чиқариш учун ишлатилади. Қолган 2 та маҳсулот (новвот ва асал) лардан қадимдан озиқ-овқат саноатида фойдаланилади. Таркибий қисмларининг кўпларини Ўзбекистон Республикаси ҳудудидан топиш мумкин. Рецепт оддий ва тушунарли тилда ёзилган бўлиб, Маҳмуд Ҳакимнинг тавсияси асосида бу дорини мутахассислар томонидан осон тайёрлаш имконини беради. Маҳмуд Ҳаким имтиҳон қилган бу дори инсонларга узоқ ва соғлом ҳамда сифатли ҳаёт кечириш имкониятларини яратади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абу Али Ибн Сино “Ал-қонун фит-тиб”, V китоб. Тошкент: “ФАН”, 1980. –Б. 35.
2. Абу Али Ибн Сино “Ал-қонун фит-тиб”, II китоб. Тошкент: “ФАН”, 1956. №: 14, 84, 195, 178, 214, 275, 389, 513, 519, 572, 534, 618, 691, 697, 722, 747.
3. Абу Райхан Бируни «Китаб ас-сайдана фит-тиб». Ташкент: “ФАН”, 1973. №: 78, 91, 191,

227, 293, 396, 413, 504, 550, 564, 604, 625, 708, 789, 825, 948, 1097

4. Мухаммад Акбар Арзоний “Тибби Акбар”. Санжак ш., (ХХР). “Санжак халқ саҳийа”, 2005 йил. – Б. 549.

5. Маҳмуд Ҳаким Яйфоний-Хўқандий “Тариқ ул-илож” 2-жилд. Қўқон: “Шумакоф и К”. 1913. - Б. 253-254.

6. Али Ҳожи Курбонниёз Эмчи “Уйғур табобати пишиқ дорилар хазинаси”. Санжак ш., (ХХР). “Санжак халқ саҳийа нашриёти”, 2009 йил. – Б. 841-844

ЭКОЛОГИЯ ВА УМРБОҚИЙЛИК МУАММОЛАРИ

**Отабоев Ш.Т., Дўсчанов Б. – Тошкент
вилояти ўқитувчилар малакасини
ошириш институти, Ибн Сино
жамғармаси**

Экология табиат билан узвий боғлиқ бўлган фанлар қаторидаги ўзига хос илм жабҳаси бўлиб, тирик организмларнинг табиий муҳит билан яшаш шарт-шароитларини, организм билан табиий атроф-муҳит ўртасидаги ўзаро боғланишларни ва ўзаро бир-бирларига таъсирини ҳамда муносабатларини чуқур, ҳар томонлама ўрганадиган фандир. Шуни айтиш зарурки, инсон бор экан, у табиат билан узвий боғланган ва ўзаро алоқадорликда. Табиат бу объектив борлиқ, яъни инсонларни ўраб турувчи, ўз бағрида, макон сифатида яшашга имкон берувчи она замин. Амалиётда табиий муҳит одамзод дунёсини моддий ва маънавий эҳтиёжларини қондириш манбаи деб тушунилади. Аслини олганда ҳозирги кунда инсоният тараққиёти натижасида, у олди-орқасига қарамасдан табиий бойликлардан ўзини ўраб турувчи ҳаво, сув, ер ости бойликларидан, ўсимлик ва ҳайвонот дунёсидан ўта зўравонлик руҳида фойдаланмоқда. Инсон онгининг юқорилиги, унинг ижодий фаоллиги, такомиллашган меҳнат қуролларини ярата олиши ва у қуроллардан фойдаланиши бир томондан маънавий ҳамда руҳий ўз-ўзини англай олиши билан бошқа тирик организмлардан тубдан фарқланиб туради. Бу эса, ўз навбатида жонли табиат билан

жонсиз табиат ўртасида ўтиб бўлмайдиган тўсиқ йўқлигини билдиради.

Инсониятнинг ривожланишида шунингдек саноатнинг турли йуналишда тараққий этиши, шу билан бирга катта ва кичик шаҳарларнинг пайдо бўлиши ва уларнинг аҳолиси ниҳоятда шиддат билан кўпайиши ўртасидаги алоқадорликнинг тараққиётида янги турдаги қонуний ўзаро муносабатларга олиб келади. Ҳозирда инсоннинг қўли етмаган табиий муҳит қолмади, у ҳатто космосни, ер ва океан қарини ўрганишга йўл очди ҳамда улардан шиддат билан фойдаланишга киришди ва унга шарт-шароитлар яратди.

Табиат кенг маънода бутун моддий энергетик ва ҳозирги вақтда ахборотлар дунёси бўлиб, у инсониятнинг хўжалик фаолияти натижасида барча турлар билан чамбарчас боғланган. Бу боғланиш табиий ресурслар орқали вужудга келади, чунки табиий ресурслар инсониятнинг яшаш учун зарур бўлган барча элементлар манбаидир. Инсоният бу ресурслардан фойдаланиш учун ишлаб чиқариш корхоналарини яратди. Ишлаб чиқариш корхоналари оғир саноат бўладими, енгил саноат корхоналари бўладими улар минг-минглаб тонна ишлаб чиқариш жараёнида пайдо бўладиган суюқ, қаттиқ заҳарли чиқиндиларни атроф-муҳитга ташлайди. Заҳарли газлар, чанглар, тутунлар ҳавога чиқарилмоқда. Ифлосланган, тозаланиши керак бўлган сувлар чала ёки тозаланмай сув ҳавзаларига ташланганда, қаттиқ чиқиндилар эса айниқса инсон ҳаётида пайдо бўладиган маиший чиқиндилар ҳам оқар сувларга, тупроқ устига зарарсиз ҳолатга келтирилмай ташланмоқда. Атроф-муҳитни кимёвий, биологик физик омиллар билан булғаниши ўша муҳитда яшаётган инсонларни турли хил касалликларга (саратон, астмоидли бронхит, сурункали бронхитлар, дерматитлар, юрак-кон томир системаларини, асаб тизимини, сийдик чиқариш йўллари) мубтало қилмоқда.

Шунинг учун соғлиқ ва умрбоқийлик йўлидаги ҳаракатда саломатликни сақлаш ва мустаҳкамлашни ҳар бир кишининг ўзи яхши билиши ва уларни кундалик турмушда қўллаши зарур. Буни англаш ва

тушуниш ҳозирги кунда ниҳоятда муҳим муаммо. Томос Мор “доно одам дардига малҳам қидириб юргандан кўра касалликларни ўзига йўлатмайди” деб ҳақ гапни айтган.

Аммо ижтимоий ҳаёт ва табиатнинг қонуниятлари ҳамма вақт ҳам одам танасига, унинг руҳиятига, саломатлигига тўғри келвермаслиги мумкин. Бундай вақтларда инсон фақатгина табиатга ва жамиятга мослашиши, қулайсизликларга қарши курашиш, ҳаётдан ўрганиши, тажриба орттириши ва уни такомиллаштириш йўли билан ўз ҳаётини, саломатлигини сақлаб қолишга эришади.

Одамзод доимо яхши овқатланиш киши ҳаётидаги уни ривожланишидаги асосий омил деб тушунади. Аммо, у қандай, қайси миқдорда, қайси таркиб, қайси биологик кўрсаткичлар билан организмга кирганда фойдали бўлади? Ёки қандай ҳолатда бўлганида организмга зарар беради деган тушунчани ҳамма билавермайди, ёки меҳнатни оғир енгиллиги меҳнат шароитида ва ҳаётда экологик муаммоларни организмдаги биологик ритмларга мос келиши ёки келмаслиги ва бошқалар организмни соғлом бўлишида узоқ умр кўришда ўта катта аҳамият касб этади.

Инсон организми ўта мураккаб тизми, у ҳар қандай таъсирларни енгиб ўтиб, ноқулай шароитга мослашиб ҳаётни давомийлигини таъминлайди. Инсонни барча ҳаракатлари заминда рефлекс деб аталувчи жараён ётади. Шу рефлекслар жараёни ёрдамида инсон тез ўзгариб турувчи атроф-муҳитнинг экологик ноқулай ҳолати таъсирига ҳар хил реффлектор реакциялар билан мослашиб нормал ҳаёт кечиради. Масалан, тана териси, шиллиқ қаватлар, лимфа безлари ва бошқалар турли механик, иссиқлик, совуқлик кимёвий жароҳатлардан организмга турли инфекцияларни тушишидан асрайди.

И.П.Павловнинг илмий изланишлари шуни тасдиқлайдики, организмнинг касал чақирувчи таъсирларга қарши курашиши, ўзига хос мураккаб компенсатор ҳимоя реакцияларининг юзага чиқаришида

инсонни руҳий тетиклиги, юқори олий марказий нерв системасининг нормал ишлаши организм фаолиятини бошқаришда энг муҳим омил бўлиб ҳисобланади.

Шундан келиб чиқиб овқатланиш, меҳнат қилиш, иқлим, экологик таъсир этувчи кимёвий, физик ва биологик омиллар ҳаммаси ўлчовли бўлсагина инсон организми касалликлардан узоқ бўлади ва умри кўпроқга чўзилади, бошқача айтсак умрбоқийлик таъминланади.

ВЛИЯНИЕ ПЕРСИСТЕНЦИИ HELICOBACTER PYLORI НА АКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ – АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ И СТЕПЕНЬ ЭНДОТО- КСЕМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

**Рузиев У.С., Мавлянов А.Р.,
Мавлянов Ж.А. – ТМА**

Цель работы: изучение взаимосвязи метаболических показателей с хеликобактериозом. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки по-прежнему остается одним из распространенных гастроэнтерологических заболеваний. Несомненную роль в патогенезе гастродуоденальной язвы играют микроорганизмы *Helicobacter pylori*. Говоря о язвенной болезни как о состоянии дисбаланса между воздействием агрессивных факторов и защитных механизмов, обеспечивающих целостность слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, можно отметить, что патогенетическое действие *Helicobacter pylori* распространяется как на факторы "защиты" – ослабляя их, так и на "агрессии" – придавая им более жестокую окраску. Изучение роли и места *Helicobacter pylori* в этиологии патологии желудка и двенадцатиперстной кишки является актуальной задачей, и многие спорные вопросы ждут

своего решения. Так, в литературе до настоящего времени не получила достаточного отражения проблема возможного участия *Helicobacter pylori* в механизмах развития осложнений язвенной болезни и различных патологических процессов у больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу осложненной гастродуоденальной язвы. Однако, обнаружение их на неповрежденной слизистой оболочке у 5–11% здоровых лиц указывает на то, что присутствие *Helicobacter pylori* недостаточно, чтобы возникло заболевание и необходимо их сочетание с определенными генетическими, иммунными и биохимическими факторами.

Материал и методы. Нами изучены взаимосвязи метаболических показателей с хеликобактериозом у 34 практически здоровых лиц, у 30 – с неосложненными и у 35 – с различными осложнениями (кровотечение, перфорация, стеноз) гастродуоденальной язвы, у 32 больных в отдаленном послеоперационном периоде.

Результаты. Установлено, что у больных с осложненной гастродуоденальной язвой уровень ацилгидроперекиси увеличивается в 2 раза по сравнению с группой здоровых лиц ($p < 0,01$). Неосложненная язвенная болезнь сопровождалась 1,7 кратным увеличением ацилгидроперекиси ($p < 0,01$). При этом у Хеликобактер-положительных больных он дважды превысил показатели группы контроля ($p < 0,001$) и достоверно отличался от аналогичного показателя Хеликобактер-негативных больных ($1,42 \pm 0,16$ и $0,97 \pm 0,08$ отн.ед/мл, ($p < 0,01$)).

Особый интерес представляют данные уровня малонового диальдегида в эритроцитах и плазме крови. Так, максимальное повышение уровня малонового диальдегида в эритроцитах отмечены в группе больных с неосложненной язвенной болезнью, ассоциированной с хеликобактериозом ($0,399 \pm 0,02$ нмоль/мг белка), что превышает нормативные показатели в 4,6 раза ($p < 0,001$). В среднем, в группе

больных с осложненной гастродуоденальной язвой отмечено увеличение малонового диальдегида в эритроцитах в 4,5 раза ($p < 0,001$). При этом, плазменный малоновый диальдегид в данной группе больных возрос в 2,4 раза ($p < 0,001$). Максимальные показатели плазменного малонового диальдегида зафиксированы у Хеликобактер-положительных больных гастродуоденальной язвы, осложненной кровотечением и перфорацией ($10,31 \pm 0,70$ нмоль/мл). Необходимо подчеркнуть, что уровни малонового диальдегида в эритроцитах и плазме в исследуемых группах Хеликобактер-положительных больных достоверно отличались от аналогичных показателей у больных с отсутствием персистенции *Helicobacter pylori* ($p < 0,01$).

Таким образом, у больных язвенной болезнью, в большей степени Хеликобактер – положительных, отмечается избыточная продукция процессов перекисного окисления липидов, одного из ключевых механизмов развития структурно-функциональных нарушений в клеточных биомембранах.

Во всех исследуемых группах отмечено снижение активности супероксиддисмутазы, в большей степени у Хеликобактер-положительных больных. Так, в группе больных с осложненной гастродуоденальной язвой активность супероксиддисмутазы составляет $35,79 \pm 2,91$, что на 60,1% ниже по сравнению с группой контроля ($p < 0,001$). Интересно отметить, что в группе с неосложненной язвенной болезнью разница между уровнем супероксиддисмутазы хеликобактер-положительных и негативных больных составляет 33,4%, что свидетельствует о возможном влиянии *Helicobacter pylori* на угнетение активности супероксиддисмутазы ($p < 0,01$). Уровень каталазы, напротив, компенсаторно увеличился и был более выраженным в группе Хеликобактер-положительных больных. Компенсация антиоксидантной каталазы у больных с персистенцией *Helicobacter pylori* была достоверно ниже ($p < 0,01$).

Показатели эндогенной интоксикации достоверно возросли в группе больных с осложненной гастродуоденальной язвой ($p < 0,01$). Так, среднемoleкулярные пептиды в данной группе больных составил $0,305 \pm 0,017$ у.е. и $0,350 \pm 0,023$ у.е. соответственно у Хеликобактер-негативных и позитивных больных язвенной болезнью, в то время как в группе контроля этот показатель был равен $0,245 \pm 0,026$ у.е.

По данным авторов, перекисное окисление липидов биологических мембран приводит как к структурной альтерации, так и изменениям мембранных функций, включая транспортные процессы, поддержание ионного и метаболического градиента, трансдукции рецепторно-обусловленного сигнала. Скевенджерами супероксидазы, как известно, являются антиоксиданты, включая супероксиддисмутазы, однако, при персистенции *Helicobacter pylori* установлено угнетение активности супероксиддисмутазы на 53,0%.

Таким образом, полученные нами данные говорят о дисбалансе систем перекисного окисления липидов, антиокислительной защиты и эндогенной интоксикации у больных язвенной болезнью с персистенцией *Helicobacter pylori*. Установлено, что у больных язвенной болезнью с персистенцией *Helicobacter pylori* наблюдается значительное и длительное усиление процессов перекисного окисления липидов на фоне снижения активности естественной антиокислительной системы, свидетельством чего является угнетение активности супероксиддисмутазы и незначительное компенсаторное увеличение каталазы. При этом возникает синдром гипероксидации, что диктует необходимость проведения коррекции, нарушений процессов перекисного окисления липидов, антиокислительной защиты и эндогенной интоксикации не только при консервативном лечении неосложненной язвенной болезни, а также в предоперационной подготовке, ближайшем и отдаленном послеопе-

рационном периоде у больных с осложненной гастродуоденальной язвой с учетом обсемененности *Helicobacter pylori*.

**ЎЗБЕКИСТОНДА АҲОЛИ
САЛОМАТЛИГИНИ ВА
ФАРОВОНЛИГИНИ
ТАЪМИНЛАШНИНГ УСТУВОР
ЙЎНАЛИШЛАРИ**

**Рўзметов Б., проф. УрДУ,
Дўсчанов Б., проф., Ибн Сино
жамғармаси Хоразм вилояти бўлими**

Ўзбекистон Республикаси Президенти И.Каримов томонидан ишлаб чиқилган ва истиқлолнинг дастлабки кунларидан амалга ошириб келинаётган мамлакатимизни ислоҳ этиш ва модернизациялаш бўйича “Ўзбек модели” бугун дунёнинг тараққиёт сари интилаётган аксарият давлатлари учун андоза бўлиб хизмат қилмоқда. Давлат бюджетининг қарийиб 60 фоизи соғлиқни сақлаш, таълим, коммунал хўжалик ва аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш билан боғлиқ бошқа соҳаларни ривожлантиришга йўналтирилмоқда.

Мамлакатимизда амалга оширилаётган кенг кўламли ислохотлар доирасида яратилган соғлиқни сақлашнинг ноёб миллий модели юксак самара бераётгани жаҳон ҳамжамияти томонидан кенг эътироф этилмоқда.

Президентимизнинг 1998 йил ноябрь ойидаги Фармони билан Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастурининг қабул қилиниши туфайли тиббиёт, оналик ва болалиқни муҳофаза қилиш борасида самарали тизимни вужудга келтириди. Белгиланган чора-тадбирларини изчил амалга ошириш натижасида бирламчи тиббий-санитария ёрдамни кўрсатувчи қишлоқ врачлик пунктлари, туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмалари, вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказларидан бошлаб, мураккаб юқори технологияли тиббий хизматлар кўрсатувчи Республика ихтисослаш-

тирилган ҳамда шошилиш тиббий марказларигача барча даражаларни қамраб олган аҳолига тиббий хизмат кўрсатишнинг мукамал ташкилий тузилмаси шаклланди.

Натижада, мустақиллик йилларида юртимизда одамларнинг ўртача умр кўриш даражаси 67 ёшдан 73 ёшгача ошди, оналар ўлими 3,1 баравардан зиёд, болалар ўлими эса 3,2 баробар камайди.

Юртбошимизнинг 2012 йилда мамлакатимизни ижтимоий-иқтисодий ривожлантириш яқунлари ҳамда 2013 йилга мўлжалланган иқтисодий дастурнинг энг муҳим устувор йўналишларига бағишланган Вазирлар Маҳкамасининг мажлисидаги маърузасида таъкидланганидек, соғлиқни сақлаш муассасаларининг моддий-техник базасини янада мустаҳкамлаш учун ўтган йили Таълим муассасаларини реконструкция қилиш, мукамал таъмирлаш ва жиҳозлаш жамғармаси Таълим ва тиббиёт муассасаларини реконструкция қилиш, мукамал таъмирлаш ва жиҳозлаш жамғармасига айлантирилди. Бу фақат ўтган йил давомида Жамғарма маблағлари ҳисобидан 154 та тиббиёт муассасасини қуриш ва реконструкция қилишга 255 миллиард сўмдан ортиқ маблағ йўналтириш, 7,5 минг ўринга мўлжалланган шифохоналарни ва бир сменада 11 минг кишини қабул қила оладиган амбулатория-поликлиника объектларини фойдаланишга топшириш имконини берди. Тиббиёт муассасаларини замонавий диагностика ва даволаш ускуналари билан жиҳозлаш учун Жамғарма томонидан 8 миллиард сўмдан ортиқ маблағ ажратилди.

Юртимизда эл соғлигини янада мустаҳкамлаш, аҳолининг умр кўриш давомийлигини ва турмуш даражасини ошириш борасида амалий ишлар қилинмоқда. Хусусан, мамлакатимизда жисмонан соғлом авлодни вояга етказишнинг самарали тизими яратилган.

Тиббий-илмий марказлар ва етакчи тиббиёт масканларида фаолият юритаётган олимлар ва малакали мутахассисларнинг жойларга чиқиб

соғломлаштириш ҳафталикларида фаол иштирок этиши аҳоли тиббий маданиятини юксалтиришга хизмат қилмоқда. Бундай тадбирлар давомида қишлоқ врачлик пунктларида ўн минглаб аҳоли, фертиль ёшидаги аёллар ва ўсмир қизлар чуқурлаштирилган тиббий кўрикдан ўтказилмоқда. Ўтган йилнинг ўзида 8 миллион 300 минг нафар фарзанд кўриш ёшидаги аёл ҳамда 8 миллион бола тиббий кўрикдан ўтказилди. Шулар қаторида 5 мингга яқин ёлғиз кекса ва ногиронлар малакали текширувдан ўтказилиб, уларга тегишли тиббий ёрдамлар кўрсатилган.

Соғлиқни сақлаш тизимини янада яхшилаш мақсадида жорий йилда Давлат бюджетидан 3,4 триллион сўм маблағ ажратилиши режалаштирилган. Бундан ташқари, Обод турмуш йилида Таълим ва тиббиёт муассасаларини реконструкция қилиш, мукамал таъмирлаш ва жиҳозлаш жамғармаси ҳисобидан соғлиқни сақлаш муассасаларини қуриш, реконструкция қилиш мақсадларига қарийб 312 миллиард сўм сарфланиши кўзда тутилмоқда.

Президент И.Каримовнинг 2011 йил 28 ноябрда “Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори қабул қилиниши тиббиёт соҳасида янада жиддий янгиланишлар сари ташланган муҳим қадам бўлди. Ушбу ҳужжатда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш, тиббиёт муассасалари фаолияти самарадорлигини ошириш, замонавий талаб ва андозаларга мувофиқ, аҳолига юқори сифатли тиббий ёрдам кўрсатишни таъминлаш, республика соғлиқни сақлаш тизимида бошқариш ва меҳнатни ташкил қилишнинг илғор шакл ҳамда услубларини жорий этиш билан боғлиқ қатор устувор вазифалар белгилаб берилди. Мазкур ҳужжат тиббиёт соҳасида ўтказилаётган ислохотлар йўлида дастуриламал бўлиб хизмат қилади. Мамлакатимизда инсон саломатлигини асраш устувор вазифа сифатида ҳаётга татбиқ этилаётган экан,

бу борадаги саъй-ҳаракатлар аҳоли саломатлигини янада юксалтиришга, одамлар умрини узайтиришга муҳим омил бўлиб хизмат қилади.

Юртимизда қадим-қадимдан узоқ умр кўриш сиру-асрорлари буюк боболаримиз Абу Али Ибн Сино, Абу Райҳон Беруний, Фаридиддин Аттор, Абулғози Баҳодирхон ва бошқа алломаларимиз асарларида баён этилган, ҳозирги кунда улар ўрганилмоқда ва ҳаётга татбиқ этилмоқда.

Инсон умрини узайтириш борасидаги уларнинг илмий меросини ўрганиш, дунё ҳамжамиятида қўлланилиб келинаётган ижобий тажрибаларни таҳлил қилиш асосида қуйидаги илмий хулоса ва амалий таклифларни амалга ошириш жуда муҳим:

1. Мамлакатда соғлом турмуш тарзини тарғибот ва ташвиқот қилувчи мукамал тизимни вужудга келтириш;

2. “60 дан кейин”, “100 ёшлилар”, “Умри азизлар” каби жамоатчилик клублари ташкил этиш ва оммалаштириш;

3. Оммавий ахборот воситаларида “Қаримаслик сирлари”, “Умрни узаштириш омиллари” рукнлари ташкил этиш;

4. Телевидение, газета ва журналларда узоқ умр кўрганлар тўғрисида очерклар, маълумотлар бериш, уларни ҳаётий тажрибаларини оммалаштириш;

5. Тиббиёт соҳасидаги олий ўқув юртларида геронтология йўналишида бакалаврият, магистратура мутахассисликларини очиш;

6. Геронтология йўналишида дарсликлар, ўқув қўлланмалар, илмий оммабоп асарлар яратиш;

7. Соғлиқни сақлаш муассасаларида геронтология кабинетлари ташкил этиш ва замонавий асбоб-ускуналар билан жиҳозлаш.

Бу таклифларни амалга ошириш Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш тизимини янада мустаҳкамлаш, узоқ умр кўраётган аҳоли қатламини янада кўпайтириш, мамлакатимизни дунё ҳамжамиятидаги

ўрнини янада мустаҳкамлашга хизмат қилади.

КЕКСА ЁШДА ВАЗОМОТОР БУЗИЛИШЛАР БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ҲОЛАТЛАРНИ КОМПЛЕКС ФИЗИОГЕН ДАВОЛАШ

**Саидов С., Джаббаров Н., Акбаров Д. –
ТошФИ**

Маълумотларга кўра, қатор гериаτρик касалликларнинг томир тонусини пасайиши типидagi вазомотор бузилишлари билан асоратланганлиги даволаш тизимидаги ушбу соҳа мутахассисларини фикрича, долзарб муаммо даражасида эканини гувоҳи бўляпмиз. Иккиламчи патологик белгиларнинг ривожланиши томир дисфункцияси билан боғлиқ метаболик, биокимёвий, микроциркулятор ўзгаришлар “томир тонусини бузилиши” нозологик атамаси билан номланиб, қарилликка хос бўлган нохуш белгиларни намоён қилади. Асорат кўринишида эса барча орган ва тўқималарга қон келишини камайишига асосланган гипоксия белгиларини беради. Бу эса ўз навбатида орган ва тўқималарни фаолиятини бузилиши билан боғлиқ иккиламчи асоратларни намоён қилишда этиопатогенетик асос бўлади. Кўриб турганимиздек, тўқима микёсидаги томир тонусини бузилишининг ўзи бир қанча патогенетик механизмга асосланган. Бир томондан, томир ўтказувчанлигини сусайиши, дзетта потенциални ўзгариши ёки силлиқ мушак дистрофияси бўлса, бошқа томондан, қон оқимининг секинлашуви, қоннинг суюқ фракциясининг камайиши ёхуд осмотик, онкотик босимларнинг ўзгариши каби бузилишларни бир ёки бир нечтаси комбинациясини кузатиш мумкин.

Замонавий геронтологиядаги яна бир долзарб муаммолардан – қатор касалликларнинг фармакотерапиясидаги дори воситаларини рационал қўллаш тамойилларига қатъий риоя қилишдир. Сурункали касалликларни даволашдаги

узоқ муддат ишлатиладиган синтетик таркибли препаратлар ўзига хос ножўя таъсири туфайли мутахассислар томонидан эҳтиёт чоралари кўрилганлиги ҳолатида тавсия этилади. Бошқа томондан, юқорида таъкидлаганимиздек, томир тонусининг бузилиши бир қанча патогенетик омилларнинг комбинациясида келади ва даволашда бир эмас бир нечта синтетик препаратларни узоқ муддатга қўллаш учун тавсия беришга тўғри келади. Узоқ муддат даволаш мобайнида беморларда дори препаратларига нисбатан ножўя таъсирларни ва иккиламчи асоратларни келтириб чиқариши ҳолатлари ҳам амалиётда кўп учраяпти.

Ишдан мақсад: Томир тонусини бузилиши билан боғлиқ касалликларни фармакотерапевтик даволаш комплексида физиоген, яъни табиий омилларнинг қўлланилиш самарадорлигининг патогенетик изоҳи ва ушбу патологик ҳолатда 10 кунлик комплекс физиоген омилларни қўллаш тавсияси.

Физиоген омиллар ёрдамидаги комплекс даволашда фитотерапевтик, физиотерапевтик муолажаларни даволаш комплексига қўшиб қўлланилиш тавсия этилган. Бунда томир тонусининг бузилишида патогенетик асос бўлиб ҳисобланган бузилишларни бартараф этишга қаратилган даволовчи физиоген омилларни комплекс муолажаларга киритиш мақсадга мувофиқдир. Зарарланган томир соҳасидаги “Сета-Д” русумидаги импульсли магнитотерапиянинг қўлланилиши томир ўтказувчанлик потенциални рағбатлантирилиши ҳисобига органни қон билан таъминланишини яхшиланишини, кичик частотали “Радиус” русумидаги аппаратда тегишли аъзо соҳасида электротерапияни қўлланилиши электрик потенциални ўзгартириши ҳисобига томир ўтказувчанлигини таъминловчи электролитлар транспортини мўътадиллаштириши, кичик частотали “Ретон” русумидаги ультратовуш терапевтик муолажаларни комплексида ўтказилиши эса артериолаларни қон олиб келишини рағбатлантиради. Маҳаллий

қон айланишини яхшиловчи дори воситаларини комплекс ҳолатда юқорида қайд этилган физиотерапевтик муолажалар билан ўтказилиши эса синтетик дори препаратини дозасини минималлашувига ва таъсир самарасини кучайишига сабаб бўлади.

Фитокомпонентларни комплекс муолажаларга киритилиши даволашни ижобий самарасига таъсир этади. Мазкур патологик ҳолатни даволаш комплексига спазмолитик, антиагрегант таъсирга эга, витамин ва микроэлементларлар тутувчи ва бошқа таъсирга эга бўлган фитотаркибли компонентларни энтерал ва парентерал қўллаш билан даволаш самарадорлигини ошириш тавсия этилади. Парентерал қўллашда фитотўпламларни маҳаллий таъсир этиш билан физиотерапевтик муолажалар фонида олиб борилиши самарали ҳисобланади.

Ушбу билан, томир тонусини бузилишлари билан кечувчи ҳолатларни патогенетик механизмга кўра комплекс даволашда тавсия этилган 10 кунлик физио- ва фитотерапевтик муолажаларнинг комбинациясини жадвалда келтирамиз. Ушбу даволаш услуги “Bioritm” тиббий марказида комплекс даволаш амалиётига татбиқ этиш учун режалаштирилмоқда (Жадвал).

Шундай қилиб, тавсия этилаётган даво комплекси бир томондан ёшга боғлиқ вазомотор бузилишлар билан кечадиган патогенетик омилларни бартараф этишга қаратилган бўлса, бошқа томондан, ножўя таъсирлардан деярли ҳоли. Физиоген омиллар ёрдамидаги мазкур комплекс даво тадбири синтетик таркибли дори препаратини дозаси ва ножўя таъсирини минималлашишига, фармакотерапевтик таъсир самарадорлигини ошишига ҳам сабаб бўлади.

Жадвал

Даволаш кунлари	Физиотерапевтик муолажа	Маҳаллий физио+фитотерапевтик муолажа	Кўшимча энтерал фитотерапевтик муолажа
1-кун	Шикастланган томир соҳаси “Радиус” дорили электрофорези	Зайтун+ментол+узум данаги таркибли фитомой комплекси билан уқалаш	«Rano»-томир тонусини рағбатлантирувчи фитокомплекс
2-кун	Шикастланган томир соҳаси “Ретон” ультратовушли терапияси	«Rano» вазомотор тонусга таъсир фитокомплексида оёқ-қўл фитованнаси	«Rano»-томир тонусини рағбатлантирувчи фитокомплекс
3-кун	Шикастланган томир соҳаси “Сета-Д” магнитотерапияси	Денгиз компонентлари асосли лойли аппликациялар	«Rano»-томир тонусини рағбатлантирувчи фитокомплекс
4-кун	Дарсонвализация	«Rano» вазомотор тонусга таъсир фитокомплексида оёқ-қўл фитованнаси	«Rano»-томир тонусини рағбатлантирувчи фитокомплекс
5-кун	Шикастланган томир соҳасини “Теплон” иссиқтерапияси	Бош, оёқ, қўлда микроциркуляцияни мўътадилловчи даволовчи гимнастика	«Rano»-томир тонусини рағбатлантирувчи фитокомплекс
6-кун	Гидромассаж (циркуляр душ)	Зайтун+ментол+узум данаги таркибли фитомой комплекси билан уқалаш	«Rano»-томир тонусини рағбатлантирувчи фитокомплекс
7-кун	Шикастланган томир соҳаси “Радиус” дорили электрофорези	Бош, оёқ, қўлда микроциркуляцияни мўътадилловчи даволовчи гимнастика	«Rano»-томир тонусини рағбатлантирувчи фитокомплекс
8-кун	Шикастланган томир соҳаси “Ретон” ультратовушли терапияси	«Rano» вазомотор тонусга таъсир фитокомплексида оёқ-қўл фитованнаси	«Rano»-томир тонусини рағбатлантирувчи фитокомплекс
9-кун	Шикастланган томир соҳаси “Сета-Д” магнитотерапияси	Денгиз компонентлари асосли лойли аппликациялар	«Rano»-томир тонусини рағбатлантирувчи фитокомплекс
10-кун	Гидромассаж (циркуляр душ)	Зайтун+ментол+узум данаги таркибли фитомой комплекси билан уқалаш	«Rano»-томир тонусини рағбатлантирувчи фитокомплекс

ГЕРИАТРИЯДА ИШЛАТАДИГАН ДОРИВОР ЎСИМЛИКЛАР

Собиров Р., Жалилов Х., Дўсчанов Ш., Собиров Х. – Хоразм Маъмун академияси

Гериятрия соҳасида даво мақсадида қўлланиладиган ўсимликлар таркибида инсон организмдаги турли орган ва системалар фаолиятини кучайтирувчи адаптоген моддалар бўлиб, бу моддаларга тритерпин сапонинларга киради. Булар илмий тиббиётда гармонларга ўхшаб таъсир қилиши аниқланганлиги сабабли, ҳозирги кунда уларнинг шифо қисмлари ва дори препаратлари қўлланилади. Бу ўсимликларга қуйидагилар киради:

Ҳақиқий женьшень (женьшень настоящий) - *Panax ginseng* С.А.Меуі. Доривор восита сифатида илдизи ишлатилади. Илдизининг таркибида тритерпен сапонинлар мавжуд. Унинг илдизидан тиндирма ва кукун дори шаклларидаги препаратлар тайёрланади. Бу препаратлар тананинг умумий тонусини ошириб, тетиклантириш, руҳлантириш, аклий ва жисмоний жиҳатдан чарчашни йўқ қилишда ичишга берилади.

Маньжурия аралияси (Аралия маньжурская) - *Aralia Mangrupiya Rups et Maxim.* Илдизидан тайёрланган тиндирма, Сапарал таблеткаси женьшеньга ўхшаб таъсир кўрсатиши сабабли унинг ўрнида ишлатилади.

Хитой схизандраси (Лимонник китайский) - *Schizandra chinesis Baill.*

Илмий тиббиётда илдизидан тайёрланган тиндирма, уруғ ва мева кукуни ақлий ҳамда жисмоний жиҳатдан чарчаганда тана тонусини кўтарувчи дори сифатида тавсия қиланади.

Элеутрококк (Элеутрококк колючий)- *Eleutheracoccus senticosus Maxim.* Илдизидан тайёрланган препаратлар женьшень препаратларига ўхшаб таъсир қилиши аниқланган.

Эхинопанакс (Замониҳа высокая) - *Echinopanax elatum Nakel.* Илдизидан асосан тиндирмалар тайёрланиб, бу препаратлар ҳам женьшень препаратларига ўхшаш таъсир кўрсатади.

Биз юқорида санаб ўтган бешта ўсимлик Ўзбекистон флорасида ўсмайди ва ўстирилмайди. Аммо Хоразм воҳасида қадимдан халқ табобатида ишлатилиб келинган анъанавий доривор ўсимлик Қизилмия илдизи таркибини чуқур ўрганиш туфайли унинг илдизида юқори микдорда тритерпен сапонинлар борлигини ҳисобга олиб шифобахш профилактик ичимлик яратиш мақсад қилинди.

Қизилмия (Солодка голая) - *Gylcyrrhiza glabra L* шўр тупроқли чўлларда, ариқ ва дарё бўйларида бегона ўт сифатида ўсади.

Қизилмия илдизи таркибида асосий таъсир қилувчи биологик фаол модда глицирризин (уч асосли глицирризин кислотанинг калийли ва кальцийли тузи) гликозиди бўлиб, у тритерпин сапонинларга киради ва организмнинг адаптацион имкониятини оширади.

Ҳозирги замон тиббиётида унинг илдизидан турли препаратлар тайёрланиб илмий медицинада ишлатилади. Шу муносабат билан Қизилмия илдизининг қуруқ экстракти асосида гериатрияда қўллаш учун янги профилактик ичимлик “Хоразм” шарбати препаратини таркиби ва технологияси яратилди.

“Хоразм” шарбати сариқ қўнғир рангли ўзига хос ҳидга эга, қуюқ суюқлик. Унинг таркиби биологик фаол моддалардан глицирризин гликозид, биологик фаол озук маҳсулотлардан каротин моддаси,

оксил, микроэлементлардан ташкил топган.

Дастлабки фармакологик таъсири лаборатор хайвонларда ўрганилганда “Хоразм” шарбати кам захарли эканлиги аниқланиб, организмнинг турли патологик ҳолатларда ҳамда гериатрик восита сифатида қўллашга тавсия этилди.

Кейинги йилларда фан фитогармонлар атамаси пайдо бўлди. Бу гормонлар инсон организмнинг ривожланишида катта роль ўйнаганидек, ўсимликларда ҳам ривожлантирувчи фитогармон (тритерпен сапонинлар) эканлиги аниқланди. Бу фитогармонлар ўсимликларнинг ўсишини тезлатувчи гормонлар деб ҳам юритилади.

Юқорида келтирилган таркибида адаптоген (тритерпен сапонинлар) моддалар сақловчи доривор ўсимликлар ва уларни препаратлари гериатрияга хос касалликни олдини олишда ва даволашда ишлатиш тавсия этилади.

ШАРҚДА ҚАРИЯЛАРНИ ҚАДРЛАШ МАСАЛАЛАРИ

Содиқова Ш.М. –

“Илмий-техника ахбороти” ДУК

Шарқда қарияларни, аввало, бой ҳаётини тажрибага эга, ҳаётнинг аччиқ-чучугини кўрган инсонлар сифатида улуғлаймиз. Инсон табиатнинг энг олий неъмат, бетакрор ҳилқатидир. Инсон туғилади, парваришга муҳтож бўлади, ота-онаси, яқинлари уни тарбиялаб, оёққа турғазади, кейин ўзи бошқаларни тарбиялайди, насл қолдиради, авлодини давом эттиради, кексайиб, яна энг яқин кишиларининг ёрдамига муҳтож бўлади. Одамлар ҳаётини босқичларининг мўътадил кечиши учун жамият ва оилада замин тайёрлайди. Бу тайёргарлик халқларнинг турли урф-одатларида, ахлоқий қадриятлари ва эътиқодларида ўз ифодасини топган. Шу боис, жамият ва оилада қарияларга муносабат ҳам шулар жумласига киради. Умуман олганда, Шарқда қарияларни ҳурмат қилиш умуминсоний фазилят ҳисобланади.

Фарзанд ота-онага доимо самимий муомалада бўлиши шарт. Айниқса, улар кексалик ёшига етиб, куч-қувватдан қолиб, ёрдамга муҳтож бўлганларида ҳар бир фарзанднинг масъулияти яна ҳам ортади. Инсон кексайгач, унинг кўнгли нозик бўлиб қолади. Ҳар қандай муомала ҳам ёқавермайди. Шундай ҳолларда фарзанд уларни тушуниб, эътироз билдириши мумкин эмас. Ота-она фарзандини тарбия қилишда ҳар қанча машаққат бўлса ҳам сабр қилган, норози бўлмаган. Аксинча, унга бор меҳрини бахшида этган. Фарзанд гўдаклигида ота-онага қанчалик муҳтож бўлса, ота-она ҳам кексайганида фарзанди ёрдамига шунчалик муҳтождир. Кексаларнинг борлиги улкан бахт. Уларнинг дуолари бизларни турли офатлардан асрайди.

Маънавий-ахлоқий меросдан ўз ижодида самарали фойдаланган буюк мутафаккир Алишер Навоий “Ҳайрат-ул-аброр”, “Насихатнома” каби асарларида ота билан ўғил муносабатларини фалсафий таҳлил қилади. Алишер Навоий Қуръони карим оятлари ва Ҳадиси шариф битикларига асосланиб, Султон Бадиуззамон номига йўллаган мактубида: “Аллоҳнинг ризоси-отанинг ризосига, Тангри Таоло ғазаби-Ота ғазабига вобастадир, ота фарзанд учун парвардигордир. Чунки, Аллоҳ йўқликдан борликқа фарзандини келтирар экан, сабабчиси қилиб отани танлади”¹ - деб ёзади.

Ота-онанинг ёши улғайиб, кексайган сари ақл доираси тўлиб боради, ҳаёт тажрибаси ортади. Айни вақтда, кўп воқеа ва ҳодисаларни, адолатсизликларни кўрганлари боис уларнинг асаблари таранглашади, хотираси заифлашади. Турли хасталикларга тезда чалинади, ҳолсизланиб қолишади, руҳий ҳолатлари ҳам тез-тез ўзгариб туради. Фарзандлар ҳар қандай вазиятда ҳам бундай ҳолатни тўғри тушунишлари, улар билан муносабатда самимий, мулоим ва ширинсухан бўлишлари шарт.

Кайковус “Қобуснома” асарида куйидагиларни ёзган: “Ҳар киши ота-она (асли)нинг яхшилигини билмаса, бировнинг яхшилигига баҳо беролмайди ва ўз фарзанднинг сени ҳурмат қилишини истасанг, сен ҳам ота-онангни ҳурмат қил, чунки сен ота-онанг ҳаққига нима иш қилсанг, фарзандларинг ҳам сенга шундай иш қилади”². Ота-онанинг барҳаёт чоғлари фарзанднинг энг бахтиёр, энг масъул ва ғанимат дамларидир. Шу боис, уларни рози қилиш ва дуоларини олиш ҳар бир фарзанднинг муқаддас бурчидир.

Бой маънавий меросимиз негизида қарияларга муносабат асосий ўрин эгаллайди. Агар кекса авлодга муносабатда миллий ва умуминсоний тамойилларга асосланмасак, авлодлар ўртасидаги ворисликни таъминлай олмаймиз. Шу боис, қарияларни ҳурмат қилиш, улар соғлом турмуш шароитида яшашлари учун имконият яратиб бериш оиладан бошланади. Ўзбекистон Республикасининг Конституциясида “Ота-оналар ўз фарзандларини вояга етгунларига қадар боқиш ва тарбиялашга мажбурдирлар” (64-модда), “Вояга етган, меҳнатга лаёқатли фарзандлар ўз ота-оналари ҳақида ғамхўрлик қилишга мажбурдирлар” (66-модда)³, деб ёзилган.

Шарқда азалдан қарияларни кадрлаб, эъзозлаб, ҳурматини жойига қўйиб, қадрият даражасида эътироф этиб келинган. Ҳадиси шарифда “Кексаларни кадрламаган инсон мусулмон эмас”, дейилган. Аждодларимиз “қари билганни пари билмас”, “қариси бор уйнинг париси бор” деб бежиз айтишмаган. Ўзбекона одоб-ахлоқ бўйича кексалар олдида салом бермасдан ўтиш гуноҳ, деб ўргатилган. Мураббий-устозларнинг беминнат хизматида бир умр содиқ бўлиш, уларнинг дуоларини олиш, насихатларига қулоқ солиш ва амал қилиш ҳам фарз, ҳам қарз ҳисобланган. Шарқда қарияларни кадрлаш ўзбекона қадрият бўлиб, миллий менталитет

¹ Навоий А. Асарлар. Т.6. Ҳамса. Хайратул-Аброр. Тошкент, 1965. – Б.267.

² Кайковус. Қобуснома. – Т., 1986. –Б.168.

³ Ўзбекистон Республикасининг Конституцияси. – Тошкент: “Ўзбекистон”, 2003.-Б.12-13.

даражасига кўтарилган, кексаларни хурмат қилиш, асосий ахлоқий фазилат бўлиб, ҳар бир фарзандга ёшлигидан оила даврасида сингдириб борилган. Оғир ишларни, асосан, ёшлар бажарган. Ёши катталар иш бажараётганда ёшлар уларнинг қўлидан олишга одатланган. Ёши катталарга хурмат кўрсатилиб, тўрдан жой берилган. қариялар таом тамадди қилишни бошлаб беришган, унғача биронта ёш дастурхонга қўл узатишга журъат этмаган. Кексалар даврасида болалар кўп гапирмаган, қарияларга гап қайтариш, овозни баландлатиб гапириш гуноҳ ҳисобланган. Турли байрамларда кексалар ва беморлар ҳолидан хабар олиш шарт ҳисобланган.

Ўз навбатида, муайян ҳаётий тажрибага эга, ҳаёт мураккабликларини енгган, қийинчиликда чиниққан кексалар ўтмиш мероси, халқ урф-одатлари ва анъаналарини ёшларга ўргатганлар. Шу боис, ёшлар нафақат ота-оналарнинг, балки маҳалла жамоасининг ҳам эътиборида бўлишган. Шу тариқа, бир томондан, авлодлараро ўзаро муносабатларнинг узвийлиги таъминланса, иккинчи томондан, ёшларда инсоний фазилатлар шаклланиб боришига эришилган. Ёшлар улардан ўрнак олиб, ўз ҳаётлари давомида яхши ном қолдиришга интилишади. Уларда ҳаётга муҳаббат, меҳнатсеварлик, бунёдкорлик туйғу шаклланади.

Шарқ халқлари, жумладан, ўзбек халқида **катталарни хурмат қилиш** одати ҳам уруғчилик давридан бошлаб мавжуд. Бу даврда ижтимоий муносабатлар кичикларнинг катталарга ва қабила бошлиқларига сўзсиз итоатда бўлишини тақозо этган. Уруғ ва оила жамоасини, асосан, уруғ ва оила бошлиқлари бошқарган. Оғир ишларни одатда, ёшлар бажарган. Қариялар кундалик ҳаёт учун зарур билимларни, хусусан, ўтмишдан мерос бўлган барча таомил (урф-одатлар)ни ёшларга ўргатишган. Маълумки, халқимизнинг бундай одатлари халқ анъаналари ҳамда ислом дини ва шариат асосида юзага келган.

Маълумки, халқимизда катталарни хурматлаш, эъзозлаш, уларнинг панд-насихатларига амал қилиш, каби фазилатлар азал-азалдан мавжуд. Чунки, ёшлар кексаларнинг ўғитидан, донолик билан йўғрилган насихатларидан, намунали ҳаётидан хулоса чиқариб, ибрат оладилар. Зеро, қарияли уймақтабдир, деб бежиз айтилмаган. Яна халқда “қария қариндошлар пойтуғидир”, дейилади. Пойтуғ “туғ” сўзидан олинган бўлиб, байроқ ўрнатиладиган жой, яъни қариндош-уруғлар тўпланадиган маскан, деган маънони англатади. Дарҳақиқат, ўзбек оиласида ҳар бир қариянинг ҳолидан хабар олиш, зарурат бўлганда кўмаклашиш ҳам фарз, ҳам қарзидир. Шунинг учун ҳам ҳар бир мўмин, солиҳ фарзанд қариялар дуоларини олтин билиб, уларга беминнат хизмат қилишдан чарчамайдилар.

Ўзбек халқининг бундай хусусиятини Президент И.А.Каримов шундай таърифлаганлар: “Ўзбек халқи азалдан жамоа туйғусига мойил. Бизлар тўйда ҳам, азада ҳам ёнма-ён туриб, оддий кунларда ҳам бир-бирининг ҳолидан хабар олиб, каттанинг хурматини, кичикнинг иззатини жой-жойига қўйиб, бева-бечораларнинг, етим-есирларнинг бошини силаб, хуллас, одамгарчиликни барча нарсалардан устун қўйиб яшаган инсонларнинг фарзандлари бўламиз”¹. Бу ўзбек халқига берилган ғоят юксак таърифдир.

Хуллас, аждодлар меросида кекса ва ёшлар ўртасидаги муносабатлар муҳим ўрин эгаллайди. Ёш авлод бу бой меросдан тўла баҳраманд бўлиши учун, аввало, қарияларни хурмат қилишлари, кадрлашлари, уларнинг ҳаётий эҳтиёжларини қондиришлари, ўз фарзандлик бурчларини бажаришлари даркор. Бу меросни ёш авлодга етказиш, уларни баркамол авлод этиб тарбиялашда ота-она, катта ёшдаги кишиларнинг намунали ҳаёти, тарбиявий ишлари,

¹ Каримов И.А. Ўзбекистон: миллий истиклол, иқтисод, сиёсат, мафкура. - Т.: «Ўзбекистон», 1996. 364 - б.

панд-насихатлари катта аҳамиятга эгадир.

ИЗУЧЕНИЕ КАЛЬЦИНОЗА КЛАПАННЫХ СТРУКТУР СЕРДЦА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Талипова Ю.Ш., Атаханова Л.Э.,
Тулабаева Г.М., Хашимова Л.А.,
Сагатова Х.М. – ТашИУВ

Изменения клапанного аппарата сердца, обусловленные кальцинозом - это дегенеративный процесс, развивающийся чаще всего при старении организма, сопровождающийся фиброзированием и кальцинозом не только клапанов, но и артерий. Возрастная дегенерация (кальциноз) аортального клапана, аорты и митрального кольца – самая частая причина нарушения внутрисердечной гемодинамики в пожилом возрасте.

Цель. Изучить состояние клапанного аппарата сердца у лиц пожилого и старческого возраста в условиях жаркого климата.

Материал и методы. Обследованы 286 больных (123 мужчин и 163 женщин) в возрасте 60-85 лет (средний возраст $76,5 \pm 4,67$ лет). Определялись: конечно-диастолический (КДО) и конечно-систолический (КСО) объем левого желудочка (ЛЖ), показатели сократимости миокарда, фракция выброса (ФВ), ударный объем (УО), размер левого предсердия (ЛП), масса миокарда (ММ) ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки (ЗС) ЛЖ. Для оценки диастолической функции (ДФ) ЛЖ измеряли максимальные скорости кровотока в фазу быстрого наполнения (PVE) и предсердной систолы (PVA), их соотношение (E/A), продолжительность фазы быстрого наполнения (TE), время ускорения (AT) и замедления (DT) кровотока в фазу быстрого наполнения и др. В непрерывном режиме доплер-эхокардиографии определяли время изоволюмического расслабления ЛЖ

(IVRT). По конгломерату выраженности и интенсивности эхосигналов со створок митрального (МК) и аортального клапанов (АоК) оценивалась степень фиброза (Fi+) и кальциноза (Ca+) по 8 балльной системе.

Результаты. Средние значения показателей систолической функции ЛЖ у 83,2% обследованных были снижены (ФВ $\leq 55,6-58,2\%$). У 79,4% исследованных выявлено: уменьшение площади устья аорты до $0,8 - 1,0 \text{ см}^2$ (норма $2,5 - 3,5 \text{ см}^2$), повышение градиента систолического давления (ГСД) между ЛЖ и аортой до 50 мм рт. ст., снижение амплитуды систолического раскрытия аортального клапана (1,6-1,5 см). Поражения митрального клапана проявлялись формированием ригидной, малоподвижной задней митральной створкой с митральной регургитацией различных степеней и уплотнением фиброзного кольца. Дегенеративный кальциноз клапанных структур (ДККС) сердца выявлялся у 64,5% женщин и у 35,5% мужчин, степень Fi+Ca в пределах 5-6 баллов. Дегенеративные изменения в виде конгломерата кальциноза и фиброза только створок АоК выявлены у 62,3% и у 37,7%, которые носили смешанный характер, т.е. одновременное поражение и створок, и комиссур, а также признаки пролапса створок митрального и аортального клапанов на уровне прикрепления створок. Одноклапанное поражение преимущественно АоК отмечалось у 15%, двух клапанное (МК + АоК) у 57% (63,9% из них у женщин) и трех клапанное у 28%, эти изменения отличались от характерных изменений клапанов при приобретенных пороках сердца. У 57% выявлена полная АВ блокада на фоне митрального кальциноза. Нарушения ДФЛЖ по I типу – у 85% (IVRT > 73 мс, VE_{max} – 0.55 см/с, VA – 0.83 см/с, E/A – 0.5-0.6); по II типу – 15% (IVRT ср-51 мс, VE_{max} – 0.94 см/с, VA – 0.38 см/с, E/A – 2,1- 2,3).

Выводы. Таким образом, полученные эхокардиографические данные имеют научно-практический интерес в плане

проведения дифференциальной диагностики ДККС и приобретенных пороков сердца у лиц пожилого и старческого возраста. В связи с этим эхокардиографию необходимо использовать для раннего выявления и лечения ДККС сердца.

КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ МОКСОНИДИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тулабаева Г.М., Атаханова Л.Э.,
Исмаилова М.Ш., Сагатова Х.М.,
Талипова Ю.Ш., Хусанов А.А. –
ТашИУВ

Длительное повышение артериального давления (АД) может привести к поражению органов-мишеней и развитию ряда осложнений, в том числе гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Тактика лечения пожилых больных заключается в предупреждении осложнений (часто фатальных), возникающих при повышении АД и, следовательно, продление жизни, а также улучшение ее качества, что достигается главным образом предупреждением осложнений, поддержанием удовлетворительного физического, умственного и психоэмоционального состояния больных.

Цель. Изучить влияние агониста имидазолиновых рецепторов моксонидина (Физиотенза) на регрессию электрокардиографических (ЭКГ) и эхокардиографических (ЭхоКГ) признаков ГЛЖ у больных с АГ пожилого возраста.

Материалы и методы. Исследовано 35 больных (16 женщин и 19 мужчин) в возрасте 55-68 лет (средний возраст $63,3 \pm 8,5$ лет) с АГ II – III степени. Средняя длительность заболевания – $8,3 \pm 4,5$ лет. Лечебная тактика проводилась следующим образом: 12 больных (34,2%) получали монотерапию моксонидином в дозе 0,2 мг в сутки один раз, 15 (42,8%) – получали моксонидин по 0,4 мг один раз в сутки, 8 – (22,9%) получали моксонидин по 0,4 мг один раз в сутки в комбинации

с индапамидом (индап) 2,5 мг, из-за недостаточного гипотензивного эффекта. ЭКГ – исследование проводилось по общепринятому протоколу. Данные ЭхоКГ включали определение систолической функции ЛЖ, параметры геометрии ЛЖ: определение толщины задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки (МЖП), относительную толщину стенок (ОТС), массу миокарда (ММЛЖ) по формуле Devereux, и индекс ММЛЖ (ИММЛЖ), ГЛЖ диагностировали при $\text{ИММЛЖ} \geq 110 \text{ г/м}^2$.

Результаты. Исходно, по данным ЭКГ, у 31 (88,6%) определялись признаки ГЛЖ: индекс Соколова-Лайона ($\text{Sv1+Rv5} > 35 \text{ мм}$) был равен $36,3 \pm 2,6 \text{ мм}$ и индекс Губнера-Унгерлейдера ($\text{RI+SIII} > 25 \text{ мм}$) равен $26,2 \pm 1,5 \text{ мм}$. У 27 (77%) определялась депрессия S-T сегмента 0,5-1 мм и удлинение Q-T интервала. Через 20 недель терапии полученные результаты не были достоверными, хотя имели тенденцию к снижению: индекс Соколова-Лайона и Губнера-Унгерлейдера составили $32,4 \pm 8,3 \text{ мм}$ и $22,6 \pm 7,9 \text{ мм}$ соответственно, наблюдалась положительная динамика депрессии S-T сегмента и приближение к нормальным значениям продолжительности Q-T интервала. Результаты ЭхоКГ показали, что у 32 (91,4%) выявлена ГЛЖ, при этом у 14 (40%) определялись признаки эксцентрической ГЛЖ ($\text{ОТС} < 0,45$), у 8 (22,9%) больных признаки концентрической ГЛЖ ($\text{ОТС} > 0,45$), 22 (62,8%) – с нормальной геометрией ЛЖ. Эксцентрический тип ГЛЖ чаще встречался у женщин 11 (31,2%) в климактерии с избыточной массой тела. Через 20 недель терапии артериальное давление снизилось до целевого уровня, а также наблюдалась тенденция к нормализации параметров сократимости ЛЖ и увеличения систолических показателей. К концу 20 недели ММЛЖ и ИММЛЖ уменьшились на 19,6% ($p < 0,05$) и 20,4% ($p = 0,007$) соответственно. Проводимая антигипертензивная терапия

позволила снизить АД до целевого уровня.

Вывод. Таким образом, у больных АГ II–III степени имеет место неблагоприятная динамика структурно-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы, заключающаяся в развитии ГЛЖ. Применение моксонидина в дозе 0,4 мг в сутки в комбинации с индапамидом в течение 5-6 и более месяцев вызывает регресс признаков ГЛЖ по данным эхокардиографии, а также положительно влияет на ЭКГ критерии гипертрофии миокарда левого желудочка, оказывая тем самым органопротективный эффект.

ҚАРИЯЛАРНИ ИЖТИМОЙ МУҲОҒАЗА ҚИЛИШДА ПОЛИКЛИНИКА ВА МАҲАЛЛА ҲАМКОРЛИГИНИНГ РОЛИ

**Турсунов Э., Каримова Г., Жамолов Н.,
Нигматова Д. – ТошПТИ, “Оқтепа”
маҳалласи**

*Касаллик аҳмоқ учун жабру-жафо,
жоҳил учун умрнинг қиши, донишманд
учун-олтин куз.*

Вольтер

Табиатнинг буюк ҳилқати бўлган инсон учун соғлиқдан ортиқ бахт йўқдир, агар соғлом бўлсангиз дунёнинг гўзалликларидан баҳра оласиз, шодлику-кувончлар ҳам кўнглингизга сиғади. Унданда катта бахт бу соғлом қариллик ва унга кўрсатиладиган меҳр – садоқатдир. Бунга қандай эришиш мумкин. Қарияларни ижтимоий муҳофаза қилиш, уларга меҳр садоқат кўрсатишни айрим хусусиятлари ҳақида тўхтамоқчимиз.

Қариялар давлат томонидан нафақа олади, вақти-вақти билан касалхона пансионатга даволаниш ва профилактика учун ётқизилади. Биз маҳаллада яшаймиз. Маҳаллада давлат соғлиқни сақлаш тизимига кирувчи поликлиника ходимлари қариялар соғлиғидан хабар олиб туради, маҳалла фуқаролар йиғини

эса, ўз қошидаги “Нуронийлар”, “Хотин-қизлар” комиссиялари орқали қарияларга меҳр-мурувват кўрсатиб туради, уларнинг турмуш ҳолатидан хабардор бўлишади. Бу ишда энг катта қулайлик поликлиника ва маҳалла ҳамкорлигини ташкил этишдир. Биз ўзимизнинг кўп йиллик тажрибамиздан келиб чиқган ҳолда шунини айтишимиз мумкин. Қайси маҳаллада бу ҳамкорлик яхши йўлга қўйилса шу ерда иш самарали кетади.

Тошкент шаҳар, Юнусобод тумани “Оқ тепа” маҳалласида 6000 га яқин аҳоли яшайди, шундан 70 ёшдан ошган кекса ва қариялар 300 дан ортиқ кишини ташкил этади, маҳалла қарияларининг кўпчилигини уруш кўрган, жамоа хўжалигида (колхоз) оғир меҳнатда бўлган, кўп болалик оилалар бошлиқлари ташкил этади. Шулар ичида 100 ёшлиқлар 3 та 90 ёшлиқлар 6 та, 80 ёшлиқлар 14 та.

Бизга бу ҳамкорлик нима берапти? Биринчидан, қариялар кўрсатилаётган эътибордан хурсанд. Ҳар йили ўтказиладиган 10 га яқин байрамларда маҳалла ва поликлиника ҳамкорликда табриклайди, хонадонларга кирилади, совғалар улашилади. Поликлиникада улар 2 марта кўриқдан ўтади, бунда кўчабошилар, йўлак бошилар фаоллик кўрсатадилар. Поликлиника даволаш бўлими бошлиғи маҳаллада соғломлаштириш комиссияси раиси, ҳар ярим йилликда “Нуронийлар комиссияси” раиси билан биргаликда МФЙ га ҳисобот беради. Зарур ҳолларда ҳомийлар ҳисобидан шифохоналарга ётқизилади ва улар аҳволидан хабар олиб турилади. Ҳар ярим йилликда ўтказиладиган тиббий кўриқда тиббиётнинг энг камида 14 та мутахассиси томонидан қариялар чуқур текшириб кўрилади. Маҳаллада ҳомийлар ҳисобидан олинган УЗИ, ЭКГ аппаратлари мавжуд. Тиббий кўриқлар маҳалла идораси залида ўқизилади.

Маҳалладаги ётиб қолган касаллар учун 274 мактабнинг 8-9-синфдаги қизлардан “Меҳр улашувчилар” гуруҳи тузилган бўлиб, ҳар 2-3 киши бир касалга бириктириб қўйилади. 2013 йилдан

бошлаб бу гурухлар таркибига тиббий коллеж ўқувчиларини киритиш мўлжалланмоқда.

Таҳлилларга кўра, маҳаллада қариялар ўртасида энг кўп учрайдиган касалликлар юрак томир, инсулт, инфаркт, диабет ва онкологик касалликлардир. Юқумли касалликлар жуда кам учрайди, ҳар жума куни маҳаллада қариялар, касалмандлар, ёш хотин-қизлар учун тиббий-маърифий мавзуларда маърузалар ўқилади. Бу ишларнинг ҳаммаси маҳалла ва поликлиника ҳамкорлигида олиб борилмоқда ва юқори самарадорликка эришилмоқда.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛЮДЕЙ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Турсунов Э., Вафоев Д.,
Минзагитова С. – ТПМИ**

Морфологи рассматривают старение как закономерный процесс, протекающий в течение постнатальной жизни организма и сопровождающийся столь же закономерными изменениями на клеточно-тканевом, органном, физиологическом и системных уровнях. Одним из критериев старения (предложенным геронтологом Б.Стрехлером) является дегенеративные изменения (в противовес изменениям организма при его развитии и взрослении) в организме. У людей пожилого и старческого возраста больше всего морфологические изменения дегенеративно-цитохимического и морфометрического характера происходят в телах нейронов, в миелиновой оболочке и в нервных окончаниях нейронов. Люди старческого возраста часто страдают такими заболеваниями, как Паркинсона болезнь, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз. И в основе всех этих заболеваний лежат изменения в нейронах. Но трудно установить, что является преобладающим, качественно-

дегенеративные изменения в нейронах или количественно-морфометрические сдвиги в них при старческих состояниях.

Целью исследования явилось изучение и анализ литератур, посвященных морфологическим и морфометрическим изменениям нейронов у людей старческого возраста.

Результаты исследования: По некоторым литературным данным в старости ухудшаются все три основных процесса памяти: запоминание, хранение и воспроизведение информации. Больше страдает кратковременная память. Изменения в мозгу происходят между 50 и 60 годами, но, по некоторым данным, заметны только после 70. При этом масса мозга и количество нейронов в мозгу к старости снижается. Атрофия части нейронов происходит в коре больших полушарий и в базальных ядрах. Наиболее выражен этот процесс в черном веществе и голубоватом пятне: потеря нейронов может составить 30–40 %, что проявляется шаткостью походки и нарушением точности движений. По современным данным нейроморфологов, к старости ухудшается функционирование медиаторных и синаптических систем. Есть мнение, что старение отчасти связано с ослаблением функций нервно-мышечных цепей, что ведет к атрофии и мышечной, и нервной ткани. Многие учёные полагают, что при старости и при Болезни Паркинсона страдают дофаминергические нейроны. В среднем, у 25-летнего человека в черной субстанции мозга содержится около 400000 дофаминергических нейронов, в то время как у 80-летнего их в 2 раза меньше. При Болезни Паркинсона уменьшение дофаминергических клеток еще более выражено. Установлено, что рассеянный склероз характеризуется дегенеративными изменениями в миелиновой оболочке нервных отростков.

По данным ученых США, при Болезни Паркинсона теряется до 70 % нейронов, и это приводит к резкому нарушению двигательных функций, в том

числе, к появлению тремора головы и конечностей. В гиппокампе – части лимбической системы, ответственной за обучение, память и эмоции, за вторую половину жизни утрачивается 20 % нейронов. Когда на нормальный процесс старения наслаиваются последствия болезней Альцгеймера, Паркинсона и множественных инсультов, наступает состояние старческой деменции (слабоумия). Этим страдают 5 % людей в возрасте от 65 до 75 лет. В следующем десятилетии жизни число больных возрастает уже до 20 %. Многочисленные литературные данные показывают на ускорение апоптоза нейронов в старческом возрасте. Считается, что за час погибают более десяти тысяч нейронов.

Таким образом, у людей старческого возраста изменения в основном происходят в нейронах головного мозга. Это выражается в уменьшении объема и числа нейронов. Наслоение Болезни Паркинсона еще больше приводит к уменьшению числа нейронов, дегенеративным их изменениям. Больше всего атрофия наступает в черной субстанции мозга. Соответственно уменьшается число синапсов, ответственных за передачу импульсов, страдает дофаминовая система передачи импульсов.

О ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

**Хамраев А.К., Сейтмуратов Р.К.,
Мадреимов А., – Нукусский Филиал
ТашПМИ, Республиканский Центр
ГСЭН**

В начале XXI века туберкулез сохраняет свою актуальность и является приоритетной проблемой здравоохранения во всем мире. На рост заболеваемости и смертности от туберкулеза (ТБ), на ухудшение его структуры оказывают влияние

неблагоприятные социально-экономические, экологические; демографические факторы, миграционные процессы, а также негативные поведенческие факторы [1]. В Республике Узбекистан осуществляется комплекс мер по борьбе с туберкулезом. В результате принятых мер, интенсивные показатели заболеваемости туберкулезом и смертности от его последствий снизились и в настоящее время основные эпидемиологические -- по туберкулезу в РУз в 1,5-2 раза ниже, чем в других странах Центрально-Азиатского региона [2]. Несмотря на стабилизацию эпидемиологической ситуации по туберкулезу в целом по стране, в Республике Каракалпакстан (РК) эпидемиологическая ситуация остаётся напряженной.

Среди инфекционных заболеваний в Республике Каракалпакстан (РК), уровень которых также имеет тенденцию снижения, доминируют острые кишечные инфекции, вирусные гепатиты и туберкулез [3].

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение показателей заболеваемости туберкулезом, выявление административных территорий с относительно высоким уровнем заболеваемости.

Материалами исследования явились статистические данные Каракалпакского филиала института здоровья и медицинской статистики и Республиканского Центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) РК по заболеваемости туберкулезом за 2001-2011 гг.

В работе применялись эпидемиологические, гигиенические и статистические методы исследований.

Результаты и обсуждение: В РУз прослеживается четкая тенденция снижения заболеваемости туберкулезом. Если в 2002г. показатель первичной заболеваемости составил 79.0 на 100 тыс. населения, то в 2011г. снизился до 54,9. В 2011 г. самый низкий показатель зарегистрирован в Бухарском вилояте

(38,2), самый высокий – в РК (102,6). Республиканский показатель заболеваемости среди сельских жителей в 2 раза превышает аналогичный показатель городского населения. Самые высокие показатели среди сельских жителей отмечены в Наманганском вилояте (141,7) и в РК (119,2) (таб.1). Доля сельских жителей составляет в Кашкадарьинском вилояте 91,5%, Хорезме – 85,8%, Сурхандарье – 83,2%, Самарканде – 79,9%, Намангане – 79,8%.

Таблица 1.

Заболеваемость туберкулезом в Узбекистане (на 100 тыс. населения)						
	Показатели за 2011 г.					
	2010г.	2011г.	город	село	Уд вес села	до 14 лет
Вилоят						
г.Ташкент	68,8	61,4	61,4	0	0	30,0
Андижан	59,5	56,9	49,3	65,7	54,0	23,2
Бухара	45,7	38,2	33,1	41,4	66,8	21,9
Джизак	70,2	58,8	31,1	83,3	75,1	36,3
Кашкадарья	59,6	54,6	10,7	88,2	91,5	30,7
Навои	64,2	49,0	28,1	69,1	71,9	21,1
Наманган	65,4	63,3	19,8	141,7	79,8	34,5
Самарканд	58,0	50,7	27,6	64,3	79,9	20,2
Сурхандарья	43,4	42,1	19,2	55,5	83,2	16,0
Сырдарья	58,7	56,0	37,8	68,7	72,2	21,0
Ташкент	66,5	58,1	47,0	69,3	59,5	23,0
Фергана	50,1	44,7	19,2	80,5	74,8	7,7
Хорезм	48,1	39,5	16,6	51,1	85,8	16,6
Каракалпакстан	122,1	102,6	86,1	119,2	57,7	25,2
Узбекистан	61,7	54,9	36,5	74,4	65,9	22,8

(Таблица составлена авторами по данным института Здоровья МЗ РК).

Относительно высокий уровень заболеваемости туберкулезом среди детей до 14 лет отмечается в Джизакском (36,2), Наманганском (34,5) Кашкадарьинском (30,7) вилоятах и в г.Ташкенте (30,0), при среднем республиканском показателе 22,8.

Анализ заболеваемости туберкулезом в РК за 2001-2011 гг. показывает, что отмечается тенденция снижения уровня заболеваемости туберкулезом, с впервые в жизни зарегистрированным диагнозом. Самый высокий уровень заболеваемости отмечен в 2002г., в 2004 и 2006 годах. Заболеваемость существенно снизилась

Колебания в сторону повышения отмечены в 2005, 2007 и в 2010 годах. Имеет место волнообразные подъемы уровня заболеваемости через 1-2 года. Вместе с тем, за все изучаемые годы уровень заболеваемости туберкулезом в РК значительно превышает аналогичный уровень в РУз: в 2005г. такое превышение составило 1,8 раза, в 2010г. – 2 раза, в 2011г. – 1.9 раза (рис.1).

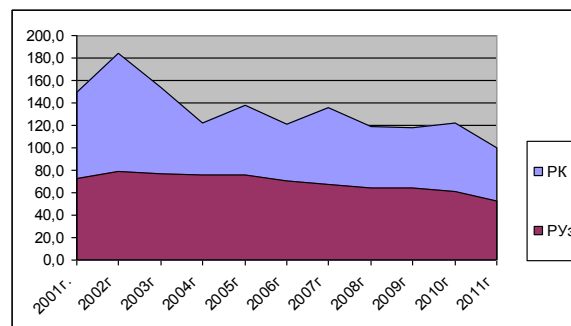
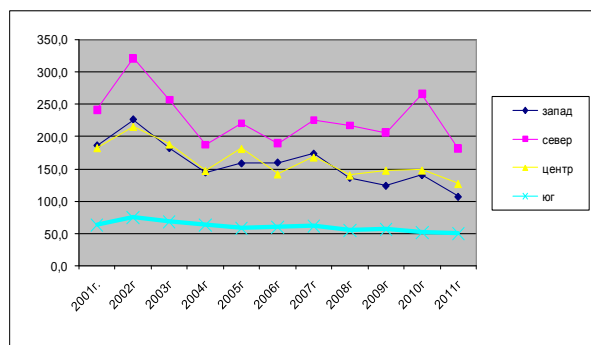


Рис.1. Уровни заболеваемости туберкулезом в РК и РУз на 100 тыс. населения

С целью выявления пространственных различий, территория РК была условно разделена на Северо-Западную (Муйнакский, Кунградский, Канлыккульский и Шуманайский районы), Северную (Тахтакупырский, Караузьякский, Чимбайский и Кегейлийский районы), Центральную (г.г.Нукус, Тахиаташ, Ходжейлийский и Нукусский районы) и Южную (Амударьинский, Берунийский, Элликалинский и Турткульский районы) зоны. Следует отметить, что по уровню социально-экономического развития, сложившейся под влиянием экологического кризиса, районы Северной зоны заметно отстают. Относительно благополучное ситуация имеет место в Южной зоне. Северо-западная и Центральная зоны занимают срединное положение.

Изучение уровня заболеваемости туберкулезом по зонам РК показывает, что средний показатель первичной заболеваемости туберкулезом по региону в 2011г. превышен в Северной зоне в 1,8 раза, Северо-западной зоне - на 6,5%, Центральной зоне - на 26%, в Южной

зоне уровень заболеваемости ниже средних показателей по РК почти в 1.9 раза (рис.2.). Такая тенденция



сохранялась за весь изучаемый период.

Рис. 2. Уровни заболеваемости туберкулезом в зонах РК на 100 тыс. населения.

Так, уровни заболеваемости сильно повышены в Северной группе районов, близкие показатели имеют города и районы Северо-западной и Центральной зоны, более чем в 2 раза ниже, по сравнению со средними показателями по региону приходится на районы Южной

зоны. Наиболее высокие уровни заболеваемости приходится на Муйнакский, Канлыккульский районы Северо-западной зоны, Тахтакупырский, Караузьякский и Чимбайский районы Северной зоны, Нукусский район из Центральной зоны, примыкающий к Северной зоне РК. За все изучаемые годы наиболее тяжелая обстановка по заболеваемости туберкулезом складывается в Северной зоне, особенно в Тахтакупырском и Караузьякском районах. Однако, внутри каждой зоны отмечены, иногда существенные, различия в уровнях заболеваемости (таб.2). В Муйнакском и Канлыккульском районах заболеваемость около 2 раз выше, чем в Кунградском и Шуманайском районах. В Северной группе низкую, относительно других районов, заболеваемость имеет Кегейлийский район. В Центральной зоне самая высокая заболеваемость в Нукусском районе, самая низкая - в г.Тахиаташе.

Первичная заболеваемость туберкулезом (на 100 тысяч населения)

Таблица 2.

Гор, районы	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.
Муйнак	147,7	295,5	292,7	226,4	238,7	186,6	229,0	140,3	168,4	186,6	169,5
Кунград	185,0	164,4	148,8	107,3	129,5	158,6	137,0	109,6	99,9	137,9	84,2
Канлыккул	279,5	290,7	212,3	163,4	161,8	167,4	168,6	169,0	156,7	140,6	147,2
Шуманай	127,2	283,6	166,7	171,4	161,7	136,5	168,7	128,4	122,9	98,7	78,7
северозапад	186,1	226,2	181,9	144,4	158,3	159,7	173,3	136,1	123,8	140,2	106,8
Тахтакупыр	309,0	334,8	335,7	234,0	216,9	211,3	266,8	218,5	242,4	228,4	211,2
Караузьяк	225,0	375,8	325,0	298,6	300,2	227,5	254,5	269,0	271,1	242,3	202,1
Чимбай	242,9	321,0	245,7	172,3	227,2	189,8	208,8	191,0	193,5	258,0	189,6
Кегейли	179,3	185,3	133,9	115,6	165,6	156,7	181,2	196,4	162,9	194,0	125,6
Бозатау	271,3	552,2	361,8								
север	241,5	321,9	257,1	186,3	219,9	189,3	225,1	217,0	205,4	265,8	180,4
г Нукус	221,4	267,8	201,8	165,1	192,6	135,9	189,2	141,6	127,7	151,7	119,9
Нукус р/н	241,3	252,2	210,5	147,7	207,7	203,5	250,5	190,3	204,3	170,0	176,5
Ходжейли	115,6	140,3	161,8	114,4	152,8	133,8	137,8	151,7	150,4	153,9	124,7
г Тахиаташ	121,3	152,8	160,1	153,0	170,7	138,7	135,7	127,6	187,9	94,5	101,7
центр	182,1	214,9	187,7	146,8	180,8	141,5	167,6	139,8	147,3	147,5	126,6
Амударья	66,5	85,7	82,0	60,6	52,5	158,2	66,9	65,2	66,6	79,6	50,2
Беруний	64,0	62,3	67,9	73,3	68,1	59,6	61,0	36,5	56,3	39,3	45,3
Эликкала	46,2	62,2	71,1	63,4	44,6	57,9	50,6	57,7	49,7	35,8	35,7
Турткуль	74,2	87,2	54,9	56,7	61,6	59,1	57,0	54,4	49,5	42,4	56,9
юг	63,3	74,2	68,2	63,1	57,2	58,4	60,1	53,5	56,2	50,3	49,2
РК	149,5	183,7	154,2	122,5	137,6	120,9	135,9	119,1	118,1	122,4	100,2
РУз	72,4	79,0	77,1	75,4	75,9	70,4	67,5	64,4	63,7	61,3	52,9

(Таблица составлена авторами по данным института Здоровья МЗ РК).

Примечание: Бозатауский район в 2004 г. присоединен к Кегейлийскому.

Относительно низкие, в 2 раза ниже, чем средний показатель РК, и близкие к среднему показателю РУз, уровни заболеваемости имеют районы Южной зоны, самый низкий показатель относится к Элликалинскому району.

Снижение заболеваемости туберкулезом по РК за последние 10 лет обусловлена внедрением стратегии ДOTS, в рамках которого осуществлена активное выявление и лечение наиболее заразных форм туберкулеза (БК+). В результате эффективного внедрения данной стратегии достигнуто уменьшение резервуара туберкулезной инфекции в обществе. Тем не менее, в северных и северо-западных зонах уровни заболеваемости туберкулезом остаются высокими, которые, видимо, обусловлены недостаточностью проводимых противозидемических мероприятий. Хотя в РК уровни распространенности ВИЧ инфекции относительно невысокие, увеличение количества ВИЧ положительных лиц в обществе, обусловленное их кумуляцией, в дальнейшем может стать одним из главных причин распространения туберкулеза в регионе [4]. В данной работе нами проведена оценка динамики и региональной особенности первичной заболеваемости туберкулезом. Тем не менее, нельзя не учитывать вклад больных с ранними и поздними рецидивами в распространении туберкулеза. Поэтому для полноценной оценки эпидемиологической ситуации в регионе необходимо изучить показатели болезненности туберкулезом [5].

Таким образом, проведенная работа позволяет констатировать, что уровни заболеваемости туберкулезом в РК имеют свои территориальные особенности, вероятно, связанные с социально-экономическими и экологическими

последствиями Аральского кризиса, которые требуют дальнейшего изучения.

Выводы: 1. Высокие показатели первичной заболеваемости туберкулезом в РК обусловлено последствиями Аральского кризиса.

2. Уровни заболеваемости туберкулезом в РК резко отличается в разных зонах, причины которых требует дальнейшего изучения.

3. В результате проводимых комплексных мер показатели первичной заболеваемости туберкулезом в Республике Каракалпакстан за 10 лет удалось снизить на 43,7%.

Литература:

1. Сафарян М. Д., Стамболцян Е. П., Арутюнян Д. А. Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Армении за 10 лет (1997-2006 гг.). Туберкулез и болезни легких. 2009, №2, с. 32-37.
2. А.М. Убайдуллаев, Н.Н. Парпиева, И.В. Ливерко. Достижения науки и практики в области фтизиатрии и пульмонологии в Узбекистане за период 2005-2010 годы. Вестник ассоциации пульмологов Центральной Азии. №3-4. 2010, стр.5-12.
3. Статистические данные Института здоровья Министерства здравоохранения РУз за 2001-2011 гг.
4. Аширматов М.Д., Рахимов М.Р. Особенности течения туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции // Мат.науч.практ.конф. «Современные подходы в диагностике, профилактике и лечении ВИЧ-инфекции». – Ташкент, 2010, с.90-91.
5. Богородская Е. М., Стерликов С. А., Попов С. А. Проблемы формирования эпидемиологических показателей по туберкулезу. Туберкулез и болезни легких. 2008, № 7, стр. 8-14.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Холов Х.А., Тешаев О.Р.,
Аталиев А.Е., Мавлянов А.Р. – ТМА

Цель работы: Изучение особенности клинической картины язвенной болезни (ЯБ) в пожилом возрасте. В последние годы отмечается увеличение числа больных язвенной болезнью двенадцати-

перстной кишки (ДПК) у лиц пожилого и старческого возраста. По данным разных авторов, пожилые люди составляют 5-10% всех страдающих этой болезнью. Клиническая картина в пожилом возрасте имеет свои особенности: нередко бессимптомное начало болезни, атипичное клиническое течение, быстрое прогрессирование заболевания с развитием осложнений. Особенности клинической картины ЯБ в пожилом возрасте, трудности клинической диагностики обуславливают позднее инструментальное обследование больных и, соответственно, запоздалую диагностику и лечение. В результате возрастает число осложненных форм ЯБДПК у лиц пожилого и старческого возраста, результаты лечения ухудшаются.

Материалы и методы. Изучены клинические особенности неосложненной ЯБ ДПК у 213 лиц пожилого и старческого возраста. В возрасте 60 - 75 лет - 177 (81,9%), старше 75 лет - 36 (18,0%) больных. Мужчин было 119 (56,2%), женщин - 94 (43,8%), то есть соотношение мужчин и женщин составляло 1,3:1.

Больных мы подразделили на 2 группы: возникшие до достижения больным пожилого возраста, длительно существующие - "старые" язвы, и язвы, возникшие в пожилом и старческом возрасте, с довольно коротким анамнезом - "поздние язвы". По нашим данным, "старые" язвы были у 192 (89,9%) больных и "поздние" - у 21 (10,1%). Морфологически и клинически эти язвы мало отличаются друг от друга.

Среди больных со "старой" язвенной болезни преобладали мужчины. Наряду с сопутствующими сосудистыми заболеваниями (атеросклероз, ИБС, гипертоническая болезнь и др.) язвенная болезнь у лиц пожилого и старческого возраста нередко сочетается с заболеваниями желчных путей, печени, кишечника, почек. Указанные заболевания, хотя и считаются сопутствующими, могут доминировать в клинической картине

болезни, маскируя ее, а в некоторых случаях, даже конкурируя с основными. По нашим данным, сочетание ЯБ у пожилых лиц с заболеваниями печени и желчных путей встречаются в 3,5 раза чаще, чем у молодых.

Клинический анализ и 5-летнее наблюдение за 109 больными с неосложненной ДПК у лиц пожилого и старческого возраста показало, что с возрастом клиника ЯБ существенно изменяется. С возрастом закономерно нарастал процент вяло и атипично протекающих форм ЯБ, со значительным уменьшением интенсивности болевых ощущений, вплоть до их отсутствия (20,9%), нарушались цикличность и сезонность. Обострения ЯБ у пациентов за 5 лет наблюдения составило: у 35 - 15-16 раз, у 46 - 9-10 раз, у 21 - 6-8 раз, у 13 - 3-4 раза обострений. Обострения характеризовались медленным стиханием симптоматики, в результате чего периоды обострений получались в 2-3 раза продолжительнее по сравнению со временем обострения у молодых.

ВЫВОДЫ. Рациональное использование современных медикаментозных средств (H2 блокаторы, ингибиторы протонной помпы, антихеликобактерные препараты) 3-х или 4-х компонентной схеме в условиях стационара и поликлиники позволит обеспечить стойкую ремиссию заболевания у подавляющего большинства больных ЯБ, предупредить прогрессирование болезни и снизить осложнения.

ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ В ГЕРОНТОЛОГИИ

**Худайбергганов А.С. – Министерство
здравоохранения РУз**

Неправильное питание — частая причина развития нарушений в деятельности многих органов и систем у пожилых людей, особенно тогда, когда остро протекающая болезнь возникает на фоне уже имеющегося хронического

заболевания или какого-либо расстройства. Неправильное питание самым неблагоприятным образом влияет на организм пожилого человека. Даже при физиологической старости происходят сдвиги обмена веществ и состояния органов и систем организма. В пожилом и старческом возрасте частота заболеваний внутренних органов чрезвычайно велика. Ими страдает более 90% лиц этого возрастного периода. Треть всех обращений пожилых людей к врачам связана с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, велика заболеваемость органов пищеварения, дыхания, почек и мочевыделительной системы, онкологических процессов. Этот процесс, носящий название «инволютивного», начинается задолго до наступления периода биологической старости человека. Уже в возрасте 40-50 лет органы пищеварения претерпевают изменения в некоторых своих функциях, что позволяет желудочно-кишечному тракту приспосабливаться к меняющимся условиям жизни и деятельности организма. В последующем неумолимые законы природы придают этим функциональным изменениям необратимый, органический характер — развиваются явления структурной перестройки тканей органов пищеварительной системы, расстраивается координация и снижается эффективность нервной, гормональной и прочих звеньев регуляции их основных функций. Наступление преждевременного старения имеет не только и не столько генетически детерминированный характер, сколько экологический, и возникает в условиях воздействия на организм комплекса неблагоприятных факторов. К ним относятся: избыточные длительные психоэмоциональные перегрузки, приводящие к истощению нервной системы, значительные ограничения физической активности человека, экологическое неблагополучие среды, в которой он живет и работает. К факторам, ускоряющим старение, относятся различного вида токсикомании, в первую

очередь курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков. Рано стареют лица, страдающие ожирением, эндокринными расстройствами, имеющие некоторые другие заболевания, сопровождающиеся расстройствами кровообращения, дыхания, хронической интоксикацией организма. В целях предотвращения преждевременного старения, во избежание развития тяжелых расстройств органов пищеварительной системы для правильной оценки происходящих в стареющем организме процессов и индивидуализации питания врач должен достаточно хорошо представлять суть и особенности этих изменений. Так, как, путем изменения характера питания можно воздействовать на обмен веществ и адаптационно-компенсаторные возможности организма и оказать влияние на темп и направленность процессов старения. Важнейшие принципы питания пожилых и старых людей, составляющие основы геродиететики, необходимо учитывать при организации рационального и лечебного питания. Важными принципами режима питания пожилых и старых людей являются регулярный прием пищи, исключение длительных промежутков между ними, исключение обильных приемов пищи. Это обеспечивает нормальное переваривание пищи и предупреждает перенапряжение всех систем организма, участвующих в усвоении пищевых веществ. При физиологическом старении функции органов пищеварения умеренно снижены, а приспособительные возможности существенно ограничены, поэтому большие пищевые нагрузки могут оказаться для них непосильными. Рекомендуется 4-разовый режим питания: 1-й завтрак — 25% суточной энергоценности рациона; 2-й завтрак или полдник — 15-20%; обед — 30-35%; ужин — 20-25%. На ночь желательно употребление кисломолочных напитков или сырых овощей и фруктов. По рекомендации врачей возможно включение разгрузочных дней

(творожных, кефирных, овощных, фруктовых), но не полного голодания. При заболеваниях пожилых и старых людей желателен 5-разовый режим питания: 1-й завтрак — 25%; 2-й завтрак — 15%; обед — 30%; ужин — 20%; 2-й ужин — 10% суточной энергоценности рациона. Для здоровых пожилых и старых людей нет запрещенных продуктов и блюд, а только более или менее предпочтительные. Недопустимо увлечение каким-либо одним или группой пищевых продуктов, так как даже их высокая пищевая ценность не может восполнить дефекты одностороннего питания. Физиологически не оправдан переход пожилых людей с привычного питания на строгое вегетарианство, употребление только сырой пищи, раздельное питание и другие нетрадиционные методы питания человека. Предпочтительность некоторых пищевых продуктов для пожилых и старых людей объясняется требованиями к их рациональному питанию с точки зрения энергоценности и химического состава пищевых рационов, профилактической направленности геродиететики. В питании практически здоровых пожилых и старых людей ограничивают, хотя и не исключают, сдобные и слоеные мучные изделия, крепкие мясные и рыбные бульоны, жирное мясо, мясные субпродукты и яйца, жирные молочные продукты (в связи с большим содержанием в них холестерина), рис, макаронные изделия, бобовые, копченые и соленые продукты, сахар, кондитерские и кремовые изделия, шоколад. Кулинарная обработка пищи должна предусматривать умеренное механическое щажение жевательного аппарата и желудочно-кишечного тракта, то есть ту или иную степень размельчения. Это положение относится и к ограничению трудно перевариваемых продуктов и блюд (жилистое мясо, грибы, пережаренные изделия и др.), что обусловлено возрастным снижением секреторной функции желудка и ряда функций других органов пищеварения.

Допустима умеренная стимуляция секреции пищеварительных желез за счет кисло-сладких или разведенных водой соков фруктов и ягод, томатного сока, слабых и обезжиренных бульонов, лимонной кислоты и уксуса, в том числе яблочного, пряных овощей (лук, чеснок, зелень укропа, петрушки и др.) и пряностей. Большое значение имеет регулярное включение в рацион продуктов, нормализующих кишечную микрофлору стареющего организма: кисломолочных напитков, свежих, квашеных и маринованных овощей и плодов, продуктов, богатых пищевыми волокнами. Следует учитывать, что по мере старения в кишечнике начинает преобладать гнилостная микрофлора, которая неблагоприятно воздействует на организм в связи с токсичностью выделяемых ею веществ.

Возрастные нарушения микрофлоры кишечника отрицательно влияют на иммунитет и витаминную обеспеченность стареющего организма.

ВОЗ (2002) рекомендует нормы потребления важнейших нутриентов у пожилых и старых лиц, приведенные в таблице.

Потребности в основных нутриентах лиц старшего возраста (ВОЗ, 2002)

Энергетическая ценность	1,4-1,8 УОО
Белок	0,9-1,1 г/кг
Жиры	30-35 % в зависимости от активности из них насыщенные - 8 %
Ретинол	мужчины - 700 РЕ, женщины - 600 РЕ
Кальциферол	10-20 мкг
Токоферол	в терапевтических дозах
Филлохинон	60-90 мкг
Аскорбиновая кислота	60-100мг
Рибофлавин	мужчины - 1,3 мг, женщины - 1,1 мг
Цианкобаламин	2,5 мкг
Фолиевая кислота	400
Железо	10 мг
Кальций	800-1200 мг
Магний	225-280 мг
Медь	1,3-1,5 мг
Селен	50-70 мкг

Примечание: УОО — уровень основного обмена, РЕ — ретиноловый эквивалент

Примерный суточный набор продуктов (г) для лиц пожилого возраста

Продукты	До 65 лет		Старше 65 лет	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Хлеб ржаной	100	100	100	100
Хлеб из пшеничной муки	200	150	150	120
Мука пшеничная	10-20	10-20	10-20	10-20
Макаронные изделия	10	10	10	10
Крупа и бобовые	30	30	25	25
Картофель	250	200	200	150
Овощи и бахчевые культуры	400	400	350	350
Фрукты и ягоды свежие	300	300	250	250
Сухофрукты (чернослив)	25	25	25	25
Сахар	50	50	50	50
Мясо нежирное	100	75	100	75
Рыба нежирная	75	75	60	60
Молоко	150	150	150	150
Кефир	150	150	150	150
Творог	100	100	100	100
Растительное масло	20-30	20-30	20-30	20-30
Сливочное масло	10	10	10	10
Яйца	2-3 в неделю	2-3 в неделю	2-3 в неделю	2-3 в неделю

Литература:

1. Дильмак В.М. Хронобиологические аспекты в геронтологии и гериатрии. Под ред. Ф.И. Комарова. – М.: Медицина, 1989.
2. Смолянский Б.Л., Абрамова Ж.И. Справочник по лечебному питанию для диетсестер и поваров. Медицина 1984, 302 стр.
3. Чеботарев Д.Ф. Слово старости. М.: Знание, 1992.- 62 с.

ПРОБЛЕМЫ ГЕРОНТОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ УЗБЕКИСТАНЕ

Худайбергенов А.М., Атаханова Л. Э., Насридинова Н.Н. – Ассоциации врачей Узбекистан, Ассоциации геронтологов и гериатров, ТМА

Старение населения, как одна из важнейших проблем человечества, в настоящее время приобретает огромное значение для экономики и социальной политики. Во всём мире всё большее количество людей доживает до пожилого и старческого возраста. Это, несомненно, является положительным результатом развития человеческого общества.

Изучением биологических механизмов и процессов, обуславливающих и сопровождающих старение живых

систем занимается наука **геронтология** (греч. герон - старец, логос - наука, изучение). Поскольку эти процессы начинаются задолго до старости, геронтология изучает не только состояние здоровья пожилых людей, но также и возрастные особенности приспособления организма к окружающей среде, способы замедления старения и увеличения продолжительности жизни (Торахова Е. И. 2002 г.).

Сохранение здоровья, достижение активного долголетия является важнейшей задачей общества и медицины. Благодаря существенным достижениям в борьбе с инфекционными и сердечно-сосудистыми заболеваниями в XX столетии значительно увеличилась средняя продолжительность населения в высокоразвитых странах мира. В Узбекистане, по данным Госкомпрогнозстата, средняя продолжительность жизни достигла 73 лет (женщины - 75 лет; мужчины - 72 года), причём количество жителей достигших 100-летнего и выше возраста достигло 1721 человек (на декабрь 2012г.). Эти успехи могли бы быть ещё более впечатляющими, если бы учёным и практическим врачам удалось овладеть искусством, воздействовать на процессы старения и замедлять развития возрастных изменений физиологических функций человека.

В Узбекистане, по данным Госкомпрогнозстата, на 1 января 2011 года население составляло - 29млн 341 тыс человек, соотношение мужчин и женщин на 100 - 100,1 женщин. Возрастная группа от 60 и старше составляло от общего населения страны 2011 год - 1млн 567 тыс человек - 6,1% от общего населения.

Проблема старения занимает человечество с древних времен, переплетаясь с более широкой проблемой активного долголетия.

Исследования проблем долголетия и старения населения на современном этапе приобретает особую актуальность

в связи с тем, что укрепление здоровья и увеличение продолжительности активного периода жизни человека рассматриваются как важные социальные задачи нашего общества.

Великий мыслитель Авиценна особо подчеркивал, что там где проблема старости найдет нравственное осмысление в общественном сознании, здоровое долголетие станет нормой жизни. Возможно поэтому, Авиценна в Каноне заменяет слово старик на понятие - «человек, продвинутый в годах».

Качество жизни — интегральный показатель, включающий физическое, социальное и психологическое благополучие пациента и отражающий его физические, социальные, познавательные и сексуальные способности.

На качество жизни влияют: ощущение собственного здоровья, социальная активность, социально-экономическое положение, вид трудовой деятельности,

удовлетворенность качеством медицинских и социальных услуг, пол, религиозные убеждения, культурный уровень и, конечно, возраст.

Авиценна считал, что на больных положительно влияет и хорошее расположение духа, охота, различные игры, прогулки, утешение пением и музыкой, общение с друзьями, а главное - ощущение собственной значимости, востребованности в семье, в кругу родных и близких.

Традиционная узбекская семья обращает большое внимание на поддержку стариков их детьми и родственниками. Большинство узбекских стариков до конца своей жизни находятся на попечении в семьях своих детей и внуков.

При анализе данных кафедры организации здравоохранения, планирования и экономики и кафедры кардиологии и геронтологии Ташкентского Института Усовершенствования врачей (профессор Асадов Д. А.; доцент

Атаханова Л.Э.) 91,5% ухаживающих проживает совместно с пожилыми, и являются их близкими родственниками (супруг или супруга - 19%, дети - 39%, невестка - 26%, внуки - 9,3%).

При анализе причин ухода за пожилыми лицами в семье выявлено, что на первом месте стоит сыновний долг - 46,6%, а в 32,7% случаев ухаживающие, считают это своей обязанностью. У одиноких появляется чувство "социальной незащищенности" и возникает ряд психических и физических проблем.

Нашими исследованиями была выявлена проблема правовой неграмотности пожилых. Они не имеют юридических знаний, плохо знают свои права и не могут оперировать существующими законами при решении своих проблем в повседневной жизни.

Анализ положения пожилых людей, проведенный нами в группах организованных (трудовые коллективы с работающими женщинами старше 55 лет и мужчинами, старше 60 лет), доля престарелых и неорганизованных популяций (махалля, профилактории и т. д.) с разным уровнем материального достатка выявил следующие проблемы в порядке наибольшей встречаемости:

1. Невостребованность обществом пожилых людей;
2. Недостаток внимания со стороны и родственников и бывших сослуживцев;
3. Конфликты во взаимоотношениях с детьми, соседями и между собой;
4. Одиночество;
5. Снижение работоспособности, вызывающее у пожилых:
 - растерянность,
 - раздражительность,
 - агрессию.
6. Физическая ущербность рождает нужду в медицинских услугах (стационары, лекарства);
7. Много жалоб на , недостаточный объем льготной медицинской помощи, дороговизну лекарств;

8. Плохие слух и зрение затрудняют общение с людьми, по интересам (не могут посещать собрания, театры, концерты);

9. Недостаточное пенсионное обеспечение ведет к нерациональному недостаточному питанию, нужде в одежде;

10. Некомфортное жилище (плохие бытовые условия);

11. Постоянное эмоциональное напряжение по поводу возможной потери работы;

12. Бесперспективность улучшения финансового положения у большинства пожилых - отсутствие возможности хотя бы временного приработка;

13. Отсутствие мест общения пожилых людей по интересам.

Перечисленный дискомфорт, накладываясь на наличие в этом периоде жизни возрастзависимых заболеваний, ухудшая их течение и прогноз.

Проведенный нами анализ изменений качества жизни больных с климактерической кардиопатией позволил установить, что климактерический синдром снижает качество жизни женщин в постменопаузе на 70,2%, при этом за счет вегетативно-сосудистых нарушений 14,6%, кардиоваскулярных расстройств

- 19,4%, эмоционально-психических расстройств на 30%, физических изменений

- 20%, урогенитальных расстройств - 16%.

Своевременно проведенные профилактические мероприятия позволят здоровой женщине в переходном периоде до старости сохранить работоспособность и вполне удовлетворительное общее состояние.

В Узбекистане, среди обращающихся за поликлинической и стационарной медицинской помощью больные в возрасте старше 60 лет составляют 25-30%. Использование стационарных коек и амбулаторная загруженность поликлиник пациентами старших

возрастных групп в 4-6 раз выше, чем пациентами трудоспособного возраста.

В то же время проблемы пожилых людей в возрасте 75 лет и старше связаны с факторами:

- ходьбой и подъемом по лестнице- 50
- самообслуживанием- 31
- нарушением ясности зрения- 26
- недержанием мочи- 15
- нарушением интеллектуальных функций - 11

Гериятры, социологи, психологи считают, что в организации и оказании лечебно-профилактической помощи пожилым и старым пациентам основной акцент должен быть сделан на внебольничные формы. Действительно, пожилой человек должен как можно дольше оставаться жить в привычной для него обстановке, поскольку ресоциализация, наступающая у человека, оказавшегося в незнакомой среде, делает его еще более беспомощным и зависимым.

Для разрешения **геронтологических проблем**, первой важнейшей стратегической задачей медико-социальных служб, заинтересованных в здоровье и благополучии пожилых граждан, является оптимизация социального статуса пожилого человека как гражданина страны. Задачи оптимизации социального статуса пожилых граждан должны быть в центре внимания не только медиков, но и социологов, психологов, специалистов по образованию, правоведов. Защита пожилых и престарелых граждан обуславливает пристальное внимание к правам граждан пожилого возраста, одиноких и инвалидов.

Вторая, не менее важная и не менее сложная задача всех служб, стоящих на страже здоровья, благополучия и качества жизни пожилых, - борьба с высокой заболеваемостью в этом возрасте. Это зависит от организации **геронтологической** службы, ее материально-технической базы, уровня профессиональной подготовки медицинских кадров - гериятров.

Третья стратегическая задача, стоящая перед отечественной **геронтологией**, - это сохранение профессионального и социального опыта уходящих поколений.

Президент Узбекистана Ислам Абдуганиевич Каримов с большим вниманием и уважением относится к пожилым людям нашей страны. Его решения, оформленные в виде указов, значительно улучшают и стабилизируют положение пожилых людей.

Наиболее важные события за последние десятилетия. По указу Президента, 2002 год был объявлен "Годом защиты интересов пожилых людей", что конкретно было отражено в постановлениях правительства и внедрено в работу различных ведомств. Была конкретизирована адресная помощь пожилым людям пенсионного возраста, малообеспеченным инвалидам. Значительно увеличены пенсии, социальные пособия, разработаны меры по улучшению оказания социально-медицинских и правовых услуг населению. Много внимания уделено созданию гериатрической службы Республики - созданы кабинеты гериатров, организованы гериатрические центры в областях. Подготовка кадров по здоровому образу жизни, а также геронтологов с основами гериатрии, возложена на Ташкентский Институт Усовершенствования врачей (ТашИУВ). В порядке выполнения Указа Президента и Постановления Кабинета Министров, а также приказов МЗРУз создана кафедра валеологии и при кафедре кардиологии организован курс "Геронтологии и гериатрии". В период с 2003 по 2011 гг. на кафедре разработаны: программа последипломного образования по специальности **"Геронтология и гериатрия"** и 14 программ тематического усовершенствования по проблемам "Геронтологии и гериатрии". Все программы утверждены МЗ РУз.

За эти годы на кафедре прошли усовершенствование свыше 1300 врачей

всех специальностей терапевтического профиля по вопросам особенностей возрастной патологии и лечению пожилых пациентов, т.е. подготовлены специалисты для работы в гериатрической службе.

За эти же годы в Республике проведены МЗРз, Ассоциации Врачей Узбекистана и ТашИУВ организованы и проведены:

- В 2002 г. I Республиканская конференция по «Геронтологии и гериатрии»
- В 2003 и 2004 гг. I и II Международные конференции по проблемам геронтологии и гериатрии - «Экогеронтология - 2003» и «Экогеронтология - 2004»

В 2008 году создан пакет документов по научной специальности 14.00.53. «Геронтология и гериатрия» (медицинские и биологические науки). В пакет документов входят:

- паспорт научной специальности «Геронтология и гериатрия»;
- программа по подготовке специалистов - геронтологов к сдаче кандидатского минимума по данной специальности.

Материалы были представлены на рассмотрения в президиум ВАКа АН РУз и явились результатом появления в Узбекистане новой номенклатуры среди специальностей научных и научно-педагогических кадров высшей квалификации- «Геронтология и гериатрия» - 14.00.53. (медицинские и биологические науки), что утверждено постановлением президиума ВАК при Кабинете Министров РУз от 28 сентября 2008 № 147/7.

В рамках Программы мер на 2000-2005 годы по усилению адресной социальной защиты одиноких престарелых, пенсионеров и инвалидов, утвержденной постановлением Кабинета Министров от 7 декабря 1999 г. № 520, реализованы меры, направленные на повышение внимания общества к данной проблеме. Улучшена материально-техническая база 33 домов

«Саховат» и «Мурувват», где проживают около 8 тысяч одиноких пенсионеров и инвалидов (на 2009 г. - 12 тысяч)

- В рамках государственной программы "Карияларни кадрлаш йили" организован 181 геронтологический кабинет.

- Постановление Президента РУз о программе мер по дальнейшему усилению адресной социальной защиты и социального обслуживания обслуживания одиноких престарелых, пенсионеров и инвалидов в 2007 - 2010 гг.

Однако, в настоящее время, еще не высока активность общественных организаций; не налажен механизм общественного контроля за ходом выполнения мер по оказанию правовой и медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста в городской и сельской местностях, в пансионатах и интернатах.

В целях оптимизации и решения этих проблем издано Постановление Президента Республики Узбекистан от 30 мая 2011 года N ПП-1542 "О дополнительных мерах по дальнейшему усилению социальной защиты одиноких престарелых, пенсионеров и инвалидов на 2011-2015 годы", предусматривающее Программу по дальнейшему совершенствованию нормативно-правовой базы социального обслуживания расширения видов и повышения качества оказываемых социальных услуг, целенаправленного лечения и оздоровления, усиления мер медико-социальной реабилитации и геронтологической помощи, а также улучшения жилищно-бытовых условий одиноких, престарелых, пенсионеров и инвалидов и укрепление материально-технической база медико-социальных учреждений.

На основании этого Постановления, Кабинет Министров вынес Постановление 23 августа 2011 г. N 240 «Об утверждении положений о медико-социальных учреждениях Минис-

терства труда и социальной защиты населения Республики Узбекистан».

Таким образом, исполнение и развитие этих Постановлений при использовании всего комплекса аналитических представлений, характеризующих здоровье пожилых, такие как социальная и правовая защищенность, физический и психический комфорт, физиологические и психологические основы активного долголетия, изучение, патогенеза и взаимосвязи возрастзависимой патологии, с укреплением и восстановлением традиций здорового образа жизни и благосостояния общества с учетом климато-этнографических особенностей различных регионов, позволят предопределить и успех будущего экономического потенциала нашей страны.

Не использовать интеллект и опыт, мудрость старшего поколения, обрекая его на беспомощность существования расточительно и непозволительно в наш сложный век!!!

ГЕРОНТОЛОГИЯ В ТРУДАХ ИБН – СИНЫ

Худайбергенов А.М., Дадаев Х.А. – Ассоциация врачей Узбекистана

Истоки геронтологии уходят в глубокую древность. Мы находим ее зачатки в трудах основателей медицины Гиппократ и Ибн-Сины (Авиценны), философов Цицерона, Сенеки и Аристотеля.

Ибн Сина через изучение проблем старения, его физических и психологических особенностей, разработку медико-психологических и духовно-физических факторов влияния на старость, требуемых для достижения долголетия и продления жизни, создал фундамент геронтологии.

Ибн Сина высказывал множество новаторских взглядов по вопросам охраны здоровья и предупреждения

болезней. Ученый, убежденный в том, что на организм человека значительное воздействие оказывает внешняя среда, еще в XI веке отмечает, что человек болезнями может заразиться через воздух и воду.

Им была разработана своеобразная система упражнений по физическому воспитанию.

Согласно его точке зрения, «Если заняться физическим воспитанием, отпадет

потребность во многих лекарствах, для этого необходимо лишь соблюдать режим».

Ибн Сина указывал, что «Благодаря физкультуре и сдержанности большинство людей могут не чувствовать потребность в медицине». Идеи о том, что отказ от физического воспитания и физической активности, губителен для человека, ибо это приводит к ослаблению энергии организма, оставленного без движения» звучит очень актуально и современно. Из таких афоризмов, касающихся здоровья, можно перечислить следующие – «Нужно лечить не болезнь, а больного», «Природа поддерживает здоровье, а врач лечит», «Предотвращение болезни, легче чем её лечение».

В работах Ибн Сины дается интересная возрастная периодизация развития человека.

Выделяется 4 основных возрастных периода.

Возраст "роста" ("юность"), включающий младенчество, детство, подростковый возраст, период отрочества и полового созревания, юношество, охватывает период от рождения человека до 30 лет.

Возраст "остановки роста" ("молодость") - от 30 до 40 лет.

Возраст "понижения при сохранении части сил" ("зрелости") - от 40 до 60 лет.

Возраст "упадка при ослаблении сил" ("старость") - от 60 лет до конца жизни.

Сверхдолгая жизнь людей, упоминаемая в древних книгах, видимо преувеличена, так как археологические

данные свидетельствуют о том, что древние люди жили не дольше современного человека, видовой предел продолжительности жизни (120-125 лет) не был преодолен.

По имеющимся на сегодня историческим материалам можно предполагать, что наставления основателей медицинской науки, справедливы и поныне.

АРОМАТОТЕРАПИЯ В ГЕРОНТОЛОГИИ

**Худайбергенов А.М., Дадаев Х.А. –
Ассоциация врачей Узбекистана**

По данным литературы влияние запахов на психологическое и физическое состояние человека известно с давних пор. Элементы душистых растений найдены в мотивах декоративных рисунков первобытных пещерных людей. Достоверные сведения о том, что люди научились выделять душистые вещества из растительного сырья, относятся к V тысячелетию до н.э. Древнейшим письменным документом, в котором говорится о целебных свойствах растительных запахов, является клинописная табличка, найденная в Шумере. В ней упоминаются мирт, чабрец, смола деревьев, а также описаны способы пользования растительными лекарствами. Курительные свечи описаны и отображены не только в индийских книгах (VI век до н.э.) и на рисунках в святилище Канхере того же периода, но также в египетском храме Абу Симбел, где найдена картина, на которой Рамзес II (1324 - 1258 до н.э.) жертвует кадила богу Птаху.

Изобретение алхимиками перегонного куба дало новый толчок к получению ароматических веществ. Известный ученый и врач Авиценна (Ибн-Сина), который признан творцом применяемого до сегодняшних дней метода получения эфирных масел из растений путем дистилляции с водяным паром, так писал

о розовом масле: " ... оно повышает возможности разума (мозга) и увеличивает скорость мышления".

Считается, что именно Авиценна первый получил розовую воду – дистиллят из розы

столистной. Арабы ввели в парфюмерию мускус, неизвестный египтянам, оказавшийся прекрасным фиксатором эфирных масел. Удерживая летучие вещества, он медленно освобождает их в среду, обеспечивая стойкость запаха.

Основным действующим началом целебных запахов являются эфирные масла.

Эфирные масла - это квинтэссенция растений, это форма живой энергии, обладающая энергией четырех стихий: земли, воды, огня и воздуха, Эфирные масла? — смесь жидких пахучих летучих веществ, выделенных из растительных материалов.

Это маленькие нежирные капли жидкости, которыми обладают растения. Они летучи, быстро испаряются, не оставляют жирных пятен на одежде.

Эфирные масла воздействуют на организм тремя путями:

1. Посредством обоняния
2. Через поры кожи
3. При приеме внутрь

Авиценна описал более 900 лекарственных растений и их воздействия на организм человека. Одна из книг была посвящена цветку, который мусульмане ценят больше всего - розе.

Немаловажно и то, что действие разных эфирных масел объединяет общая тенденция, а именно: абсолютно все без исключения эфирные масла обладают бактерицидным, антисептическим и противовоспалительным действием.

Все эфирные масла положительно воздействуют на нервную систему, делясь на стимуляторы, адаптогены и седативные масла; все без исключения эфирные масла благотворно воздействуют на сферу эмоций и психическое здоровье; все они обладают ярко выраженными косметическими и

дерматологическими достоинствами, активно восстанавливая и сохраняя здоровье и красоту кожи и волос. Более того, все эфирные масла обновляют механизм саморегуляции в организме и имеют биоэнергетическую ценность.

Эфирные масла, при соблюдении дозировки, не имеют негативного побочного влияния на организм, не вызывают привыкания и вызванного этим уменьшения эффективности, не являются причиной извращения или разбалансировки физиологических процессов организма»

МЕЖМЫШЕЧНЫЙ МИНИДОСТУП ПРИ ХОЛЕЦИСТИТАХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Худайбергана Н.Ш, Аталиев А.Е.,
Мадаминов Р.М., Шатемиров В.Х,
Рузиев У.С. – ТМА**

Число больных с желчнокаменной болезнью и её осложнениями прогрессивно возрастает. В настоящее время этой патологией страдают 10-15% населения планеты, причем число их каждые 10 лет увеличивается в среднем в 2 раза. Уже сейчас холецистэктомия (ХЭ) становится доминирующей в плановой и экстренной абдоминальной хирургии.

Цель работы: Изучение ближайших и отдаленных результатов открытой холецистэктомии с помощью разработанного щадящего межмышечного доступа в правом подреберье.

Материал и методы. Под наблюдением находились 281 больных с пожилого и старческого возраста с холециститом оперированных межмышечным доступом: острым холециститом - 148, хроническим - 133, женщин - 188, мужчин - 93.

Результаты: Разработанный в нашей клинике межмышечный мини-доступ в правом подреберье (косой или поперечный разрез длиной до 6-8 см),

центром которого будет УЗИ-маркированная на коже точка наименьшего залегания шейки желчного пузыря. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, тупо отодвигаются сосудисто-нервные пучки, вскрывается апоневроз наружной косой мышцы живота, а внутренняя косая и поперечная мышцы расслаиваются по ходу волокон. При необходимости частично рассекаются передний и задний листки влагалища прямой мышцы живота.

Доступ обеспечивает свободное манипулирование без дополнительных инструментов легче переносится больными.

Интраоперационные осложнения: 5 кровотечений остановлено коагуляцией, в 2 случаях повреждения холедоха произведено: ушивание дефекта (1), дренирования по Керу (1). В послеоперационном периоде нагноения ран у 6 больных и инфильтраты ран в 4 случаях. Послеоперационном вентральные грыжи выявлено в отдалённом сроки минидоступом у 4 больных (1,4%).

Общая летальность составила 2,9%. Причиной смерти в основном были сопутствующие патологии (сердечно-сосудистые, легочные, тромбоэмболии).

Выводы. Таким образом, минилапаротомный межмышечный доступ при холециститах отличается малой травматичностью, позволяет сохранить сосудисто-нервные пучки, уменьшается время проведения операции, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре, улучшается качества их жизни, резко снижается частота послеоперационных осложнений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИЛТИАЗЕМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хусанов А.А., Тулабаева Г.М.,
Сагатова Х.М., Атаханова Л.Э.,
Талипова Ю.Ш., Азизова Ф.Ф. -
ТашИУВ

Сочетание хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с гипертонической болезнью (ГБ) создает немалые трудности в подборе гипотензивной терапии. Многие из антигипертензивных препаратов способны усилить бронхообструкцию, нарушить мукоцилиарный клиренс.

Цель исследования: изучить влияние дилтиазема на показатели гемодинамики у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ).

Материал и методы: Обследованы 41 больных (25 мужчин и 16 женщины) ХОБЛ II-III стадии в фазе обострения на фоне ГБ, средний возраст - $52,7 \pm 3$ года. Лечение продолжалось в течение 12 недель. До и после лечения всем больным проводился контроль артериального давления (АД), исследовались функция внешнего дыхания (ФВД), газовый состав крови, тромбоцитарный гемостаз, показатели микроциркуляции. Все больные получали поддерживающую терапию ХОБЛ (продолжительные теофиллины, стабилизаторы клеточных мембран, бета-агонисты адренорецепторов), которая оставалась неизменной на всем протяжении исследования. Не были включены в исследование пациенты с признаками острой дыхательной недостаточностью, хронического легочного сердца и пациенты, получающие глюкокортикостероиды. Не менее чем за две недели до начала исследования больным отменялись антигипертензивные препараты. дилтиазем (производи-

тель «Ланнахер Хайльмиттель ГмбХ») назначался в дозе 90–360 мг/сут *per os* в течение 12 недель.

Результаты: у исследуемых пациентов выявлены выраженные исходные нарушения ФВД в виде уменьшения легочных объемов и увеличения бронхиальной обструкции, что приводило к снижению парциального давления кислорода (pO_2) и повышению парциального давления углекислого газа (pCO_2). Полученные данные свидетельствовали о наличии у больных частично обратимой бронхиальной обструкции и о смешанном обструктивно-рестриктивном варианте дыхательной недостаточности I-II степени с объемом форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) до $72,4 \pm 8,4\%$ и пиковой скоростью выдоха (ПСВ) $-61,2 \pm 8,9\%$. Показатели АД исходно составляли $162 \pm 1,3/97,6 \pm 0,8$ мм.рт.ст. По данным доплерэхокардиографии (Д-ЭхоКГ) у 80% обследованных определялись диастолическая дисфункция по гипертоническому типу, снижение систолической функции (фракция выброса левого желудочка в ср. $52,6 \pm 4,3$), а также повышение среднего давления в легочной артерии (СрДЛА). Через 12 недель наблюдения показатели АД достоверно снизились и составили $130,2 \pm 0,7/80,2 \pm 0,6$ мм.рт.ст. у 71% исследуемых. В результате включения в комплексную терапию дилтиазема, наблюдалась достоверная положительная динамика показателей ФВД и оксигенации крови. Так pO_2 достоверно возросло на 7,5% ($p < 0,001$), а pCO_2 достоверно уменьшилось на 7,2% ($p < 0,001$), что обусловлено улучшением показателей ФВД. После проведенной терапии по данным Д-ЭхоКГ было отмечено снижение исходно повышенного среднего давления в легочной артерии (СрДЛА) на 32% ($p < 0,001$), снизилось давление напряжения, за счет гипотензивного эффекта дилтиазема. У пациентов ХОБЛ в сочетании с АГ отмечалось достоверное улучшение диастолической функции левого желудочка на 33,3% ($p < 0,01$).

Показатели функции внешнего дыхания сохранились стабильными. Ни у одного из пациентов не зарегистрировано побочного действия препаратов.

Таким образом, препарат положительно влияет на течение АГ у больных ХОБЛ, улучшая показатели внутрисердечной гемодинамики большого и малого круга кровообращения, способствует улучшению ФВД и газового состава крови и является препаратом выбора при подборе антигипертензивной терапии у больных ХОБЛ.

ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ У БОЛЬНЫХ ПРЕСЕНИЛЬНОГО И СЕНИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ ПРОТИВ ЛИЧНОСТИ

**Чембаев Б.Р., Ешимбетова С.З. –
ТашИУВ**

Актуальность проблемы: Возможность совершения больными шизофренией общественно опасных действий (ООД) и их реализация, зачастую влекущая за собой тяжкие последствия, объясняет то большое общественное значение, которое придается изучению факторов, способствующих совершению правонарушений лицами, страдающими психическими расстройствами. Выявление особенностей шизофрении у больных, совершивших общественно опасные действия, направленные против личности, в пресенильном и сенильном возрасте, является важным компонентом в разработке дифференцированных программ профилактики правонарушений среди данного контингента лиц.

Цель работы: Выявление особенностей течения шизофрении, влияющих на совершение общественно опасных действий больными в возрасте 45 лет и старше.

Материал и методы: Проведено обследование 104 мужчин и 20 женщин,

больных шизофренией, совершивших агрессивные общественно-опасные действия, направленные против личности, признанных в отношении инкриминируемых им деяний невменяемыми. Было проведен сравнительный анализ основной группы больных шизофренией (26 человек), совершивших ООД, по причине которого они были направлены на принудительное лечение, в возрасте 45 лет и старше (средний возраст $49,0 \pm 3,48$ лет), с контрольной группой лиц (98 человек), совершивших ООД в возрасте до 44 лет (средний возраст $32,29 \pm 7,35$ лет). В работе использовались клинко-катамнестический, клинко-психопатологический и статистико-математический методы. Было проанализировано влияние различных факторов на совершение ООД.

Результаты: Возраст начала заболевания у лиц основной группы составил $34,73 \pm 8,95$ лет, у лиц контрольной группы $25,16 \pm 7,23$. Продолжительность эндогенного процесса до совершения ООД составила у лиц основной группы $14,11 \pm 9,25$ лет, у лиц контрольной группы $7,55 \pm 7,63$ лет. 9 (34,62 %) больных из основной группы ранее проходили принудительное лечение за совершение ООД агрессивного характера, аналогичный показатель у контрольной группы был значительно меньше и составил 4 (4,08 %) больных ($0,001 < p < 0,01$). Количество лиц, совершавших суицидальные попытки, в основной группе составило 11 (42,31 %), что значительно превышало показатель контрольной группы, составивший 14 больных (14,29 %). Количество госпитализаций в психиатрические стационары до совершения ООД у лиц основной группы составило в среднем 7,69, а у лиц контрольной группы 4,23.

Выводы: Общественная опасность больных шизофренией сохраняется в любом возрасте, ООД среди больных шизофренией в возрасте старше 45 лет чаще совершали лица с поздним началом и большей длительностью течения

заболевания, ранее уже совершавшие агрессивные и аутоагрессивные действия. При этом эндогенный процесс протекал более прогрессивно, с частыми рецидивами эндогенного процесса и выраженностью клинических проявлений, о чем свидетельствует большее количество госпитализаций.

ВЛИЯНИЕ БУТАДИОНА НА ТЕЧЕНИЕ "АДЬЮВАНТНОГО АРТРИТА" У КРЫС РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Шукуруллаев К.Ш., Каландарова У.А., Матризаев Т.Ж. – Ургенчский филиал ТМА

Целью нашей работы является изучение влияния бутадиона на течение "адьювантного артрита" у крыс разного возраста.

Опыты проводили на 12 крысах обоего пола смешанной популяции массой 160-180г (крысы молодого возраста) и 12 крысах массой 360-380г (крысы старшего возраста).

Бутадион вводили перорально в дозе 100 мг/кг. "Адьювантный артрит" вызывался по методу С.М. Дроговоза (2002).

Под эфирным наркозом, внутривенно в основание хвоста крыс вводили 0,1 мл полного адьюванта Фрейнда (ПАФ). День индукции считали „О" днем, а последующие 1,2,3 и т.д. днями. Начиная со дня индукции, животные наблюдались ежедневно в течение 30 дней. Объем лапок измеряли с помощью водного плетизмометра в начале исследования, а начиная со 2 дня, через каждые 4 дня. Кроме того, в течение периода наблюдения нами учитывалось количество пораженных конечностей и наличие поражения межпозвоночных сочленений. Тяжесть поражения суставов учитывалась комплексно в баллах.

Установлено, что первые признаки "адьювантного артрита" в контрольной группе у крыс молодого возраста

появились на 7-8 сутки, а у крыс старшего возраста на 8-12 сутки после индукции ПАФ.

В начальной стадии первичная воспалительная реакция возникла в виде отека и покраснения, чаще одной, реже двух конечностей, а также мест индукции ПАФ. Через 8-12 дней от начала заболевания (18-22 дня после индукции ПАФ) синдром достигал максимальной тяжести, что проявилось тяжелым полиартритом со значительными нарушениями двигательной активности. Отмечалась прямая зависимость тяжести суставного синдрома от времени начала заболевания, чем раньше начинался артрит, тем тяжелее он протекал. Кроме суставов, нередко отмечалось поражение межпозвоночных сочленений, что придавало хвосту характерную четкообразную форму. Развитие артрита сопровождалось особенно у старших крыс выпадением шерсти, ринитом, диареей. Начиная с 19-22 дня после индукции ПАФ, наблюдалось обратное развитие симптомов и к 30 дню наступала стойкая деформация вовлеченных в процесс суставов.

В группе крыс молодого возраста, получавших бутадион, наблюдалось замедление появления симптомов артрита на 18,4%, а у крыс старшего возраста на 11,3%. Тяжесть суставного синдрома у крыс молодого возраста бутадион уменьшил на 37%, а заболеваемость составляла 62,9%.

В группе крыс старшего возраста тяжесть суставного синдрома бутадион уменьшил на 21%, а заболеваемость составляла 78,7%.

Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что бутадион в дозе 100мг/кг при профилактическом введении оказывает выраженное положительное действие на течение "адьювантного артрита" у крыс молодого возраста, а у крыс старшего возраста препарат оказывает слабое противовоспалительное действие.

У крыс молодого и старшего возрастов, получавших бутадион в дозе

100мг/кг для лечебной цели, с 10-13 дня также наблюдалось снижение "суставного синдрома", однако, при этом препарат оказал слабое противовоспалительное действие.

Вывод:

Бутадион снижает заболеваемость и "тяжесть суставного синдрома" при "адьювантном артрите" у крыс. Бутадион оказывает более выраженное противовоспалительное действие в группе крыс молодого возраста, а в группе крыс старшего возраста препарат оказал слабое антифлогистическое действие при "адьювантной болезни" у крыс.

ГЕРИАТРИЯДА ЯНГИ ХРОЗОФОРИН ПРЕПАРАТИ

Эшчанов Р., Собиров Р., Муратов Б.,
Худайкулова Ф. – Хоразм Маъмур
академияси

Гериатрия – клиник тиббиётнинг кексаларга хос касалликларни ўрганадиган, уларни олдини оладиган, даволаш усуллари ишлаб чиқадиган тиббиётнинг бир бўлагидир. Гериатрия касалликларини даволашда таркибида гериатрик моддалар сакловчи ўсимликлар ва уларнинг препаратлари ишлатилади.

Ҳозирги кунда илмий тиббиётда Япон сафорасининг гул ғунчаси ва мевасидан олинган рутин препарати гериатрияда кенг ишлатилади. Рутин витамин Р етишмовчилигидан келиб чиқадиган касалликларда, қон томирлар девори ўтказувчанлигини камайтиришда уларнинг мустаҳкамлигини оширишда қўлланилади. Япон сафораси (тухумак) нинг ватани Хитой ва Япониядир. Кейинги йилларда Ўзбекистонда манзарали дарахт сифатида ўстирилмоқда.

Узоқ йиллик илмий изланишлар туфайли япон сафорасининг ўрнини босадиган Ўзбекистон флорасида мавжуд бўлган Ошиқўт (*Chrozophora Sabulosak.et.k*) нинг аниқланиши катта

аҳамиятга эга бўлди. Бу борада 1965-1967, 1968-1969 йилларда Хоразм воҳаси бўйлаб қилинган экспедиция материаллари асосида йиғилган гербарийлар ичидан қизилқумда ўсувчи Ошиқўтнинг ер устки қисмини фитокимёвий хусусиятларини ўрганиш натижасида, унинг ер устки қисмида янги гликозид бўлган Эпирутин моддаси борлиги аниқланди. Эпирутиннинг Рутиндан фарқи шундаки, бу иккала модда флавоноид биозидларидан иборат. Рутин моддаси таркибидаги глюкоза фураноз боғламга, рамноза эса пираноз боғламга эга. Эпирутинда эса глюкоза пираноз боғламга, рамноза эса фураноз боғламга эга бўлиб чиқди. Шунингдек, Эпирутинни физик-кимёвий хусусиятларини, УФ-ИК спектрофотометрик услубда олинган хулосалар бўйича янги Эпирутин янги модда эканлиги аниқланди.

Ошиқўтнинг таркибида янги Эпирутин ва витамин "Р" борлигини ҳисобга олган ҳолда, унинг ер устки қисмидан мацерация услубида Хрозофорин препарати яратилди. Хрозофорин таркибида флавоноид биозидлар, витамин Р ва эпирутин моддалар йиғиндисидан иборат. Препарат сарик рангли, кичик кристалл кукунсимон модда бўлиб, у енгил аччиқ таъмга эга, сувда ёмон, спиртда эса яхши эрийди.

Хрозофорин препаратини Тошкент Тиббиёт академиясининг фармакология кафедрасида захарли ва капиллярларнинг ўтказувчанлик хусусиятларига таъсири профессор М.М.Азимов бошчилигида лаборатор жониворларда тажриба ўтказилиб ўрганилди. Бунда дастлабки олинган натижаларга асосланиб яратилган янги препарат Хрозофорин захарсиз бўлиб, ўз хусусиятларига кўра Р витамини ва рутинга ўхшаб қонтомирлар капиллярлари ўтказувчанлиги пасайтирувчи хусусиятга эга эканлиги аниқланди, шунингдек витамин Р ва рутин препаратлари билан солиштириб кўрилганда таъсир қилиш доимийлиги бўйича бир хил эканлиги аниқланди. Шу сабабли препарат Хрозорфин капилляр-

лар ўтказувчанлигини камайтирувчи энг яхши доривор восита сифатида клиник текшириш учун тавсия қилинди.

Хрозофорин кукуни 0,5 мгли таблетка шаклида Украинанинг Харьков шаҳридаги Давлат илмий текшириш марказининг фитокимё ва технология лабораториясида тайёрланди. Хрозофорин препарати учун №1688482 сонли муаллифлик гувоҳномаси 04.04.1991 йилда олинди.

Хрозофорин препаратини илмий тиббиётга ишлатиш учун тавсия қилиниши мақсадга мувофиқ. Чунки Рутин препарати билан таъсир механизми бир хил эканлиги ҳамда Ошиқўт таркибида витамин Р моддасининг борлиги гериатрияла яхши натижа бериши мумкинлиги илмий равишда тасдиқланди.

Шунингдек, ошиқўтнинг маҳаллий ўсимлик сифатида Ўзбекистон флорасида ўсишини ҳисобга олган ҳолда, хомашё базаси етарли бўлиши, шу куннинг ҳар томонлама талабларига жавоб беради.

КЕКСА ЁШЛИ КИШИЛАР ПСИХОГИГИЕНАСИ

Юсупова О.Б., Атажонов У.Ж. –
ТТА Урганч филиали

Ҳозирги кунда дунёдаги барча мамлакатлар ва давлатлар аҳолисининг ўртача умр кўриш муддати йилдан-йилга ошиб бормоқда ва бу бир қатор муаммоларни юзага келтириб чиқаради. Статистик маълумотларга кўра 80% дан ортиқ қарияларнинг тақдири ҳозирги кунда жамият ҳаётидан ташқарида қолганлигини кўрсатади, табиий-ки, бундай ҳолат бу ёши ўтган инсонлар организмда руҳий ва физиологик силжишларнинг келиб чиқишига асос бўлади.

Зиёли инсонларда регрессия даражаси секин ва кўзга кўринмас даражада бўлади. Ҳалқимизда шундай доно бир мақол бор: "илм билан машғул бўлган кишиларни қариллик четлаб ўтади".

Қари ёшдагилар психогигиенасининг асосида атрофда бўлаётган жараёнларга тўғри ёндошиш хусусияти хос. Ларошфуконинг фикрига кўра, қаришни ҳам билиш керак ва бу йўналишда ҳар бир шифокорнинг вазифаси шундан иборат-ки, одамларда физиологик қариш ва кексайишнинг физиологик асосларини одамларга асталик билан уқтириб, ўргатиб бориш ҳисобланади. Одамларни кексайишга ўргатиш қуйидаги элементларни ўз ичига олади:

- кексайиш - бу объектив жараён, бу жараёнда атроф муҳит омилларига бўладиган талабларни қисқартириш лозим, жумладан, ўз фаолиятини биров бўлсада қисқартириш, кексайишни куч орқали секинлаштиришга уринмаслик кераклигини ҳар бир одам англаб етиши лозим;

- кексайган чоғда ҳам соғлом ва фаол бўлиш учун юқори даражадаги интеллект, спорт машқлари билан шуғулланиш ёрдам беради;

- руҳий кайфият, кексайиш учун руҳан тайёрланиш, бу жараённи оптимистик тарзда кутиб олишга шароит яратади;

- жамоат ичида фаолият кўрсатганлардаги кексайиш жараёни, ёлғиз яшаганлардагига караганда кечроқ рўёбга чиқади;

- ҳар бир одам ўзини қариликда белгиланадиган нафақага ўз вақтида чиқишига тайёрлаб бориши лозим;

- янги қарилик турмуш тарзига мослашиш, илгариги касбдошлари билан алоқаларни узмаслик, моддий таъминланганликнинг ахамияти жуда каттадир.

Атрофдаги одамларни қарияларга нисбатан ҳурмат ва эҳтиромли бўлишлари талаб этилади.

УЗОҚ УМР КЎРИШ ВА ТЎҒРИ (РАЦИОНАЛ) ОВҚАТЛАНИШ

**Қурбонов Ш., Дўсчанов Б.,
Қурбонов А., Раҳматуллаев Ё. –
ҚарДУ, ТТА Урганч филиали**

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг ҳисоботларида қайд қилинишича ер юзи аҳолиси орасида қариялар сони тобора ошиб бормоқда. Бунинг асосий сабабларидан бири қилиб кўпгина давлатлар ва элатларда яшаш шароитларининг олдинги даврлардагига нисбатан яхшиланиб бораётганлиги деб кўрсатилмоқда [1-5]. Жумладан Ўзбекистонда ҳам қариялар сони кўпайиб, улар учун турмуш даражаси тобора яхшиланмоқда, яъни нафақа миқдори йилдан йилга оширилмоқда, махсус даволаниш марказлари, санатория ва дам олиш уйлари ташкил қилинмоқда ва ҳаказо.

Биолог олимларнинг ҳисоб-китобларига караганда одам ўз умри давомида потенциал ақлий қобилиятининг кўпи билан 30% ни сарфлар экан холос. Тиббиёт илмининг асосчиси, буюк аллома Абу Али ибн Сино “Киши кексарган сари бели, кўл ва оёқларидан кучи кетса-да, ақлу идроки тобора тўлишиб боради” деб эътироф этган. Шундай экан уларни асраб авайлаш, улардаги ақлий имкониятлардан иложи борича тўлиқроқ фойдаланиш чоратадбирларини кўриш куннинг муҳим вазифаларидан биридир.

Бу борада уларнинг тўғри (рационал) овқатланиши муҳим омил ҳисобланади. Қарияларнинг меъёрий овқатланиши бўйича тегишли тавсияномалар мавжуд бўлсада, улардан Республикамиз шароитида тўлиқ равишда унумли фойдаланиш анча қийин. Чунки ҳар бир худуд ўзида мавжуд озиқ-овқат маҳсулотлари, уларнинг захираси, таркиби, сифати билан айнан ўзига хос хусусиятларига эга. Яна мавжуд меъёрлар 2000 йилнинг бошларида ишлаб чиқилган бўлиб, ҳозирги кунда экологик ва иқтисодий-ижтимоий

ўзгаришлар туфайли ҳақиқий кўрсаткичлардан анча-мунча фарк қилади. Қолаверса турли ҳудудда яшовчи аҳолининг овқатланиш борасида тегишли урф-одатлари, анъаналари мавжуд. Шу боис ҳар бир ҳудудда яшовчилар, шу жумладан қариялар учун ҳам, рационал овқатланиш бўйича тавсиялар бериш мақсадида дастлаб уларнинг амалдаги овқатланишини ўрганиш ва таҳлил қилиш муҳим назарий ва амалий аҳамият касб этади.

Биз ўз кузатувларимизни Қарши шаҳрида истиқомат қилувчи кексалар устида олиб бордик. Текширилувчилар (жами-80 нафар, шундан 40 нафари эркак ва 40 нафари аёл) ёш жиҳатидан икки гуруҳга (60-74 ва 75-90 ёшлилар) бўлиниб, тадқиқот қиш мавсумида олиб борилди. Уларнинг аксарияти нафақадагилар, жуда кам қисми эса ҳар хил ишлар билан (қоравул, фаррош ва бошқалар) шуғулланишади.

Тадқиқотлар амалдаги овқатланишни ўрганишда кенг қўлланиладиган ва анча қулай бўлган анкета-сўров усулида олиб борилди [8-10]. Текширилувчилар анкеталарни бир ҳафта давомида (дам олиш куни ҳам киритилган ҳолда) тўлдириб боришди ва уларда кўрсатилган таомлар таркибидаги масаллиқлар миқдори ва таркиби тегишли адабиётлардан фойдаланилган ҳолда ўрганилди [7-11]. Тўпланган маълумотларни қайта ишлашда Microsoft Excel дастуридан фойдаланилди.

Олинган натижалар 1- ва 2 - жадвалда асқ этган.

Кўриниб турибдики, кекса ва қари кишиларнинг кундалик овқатланишида бир қатор жиддий ўзгаришлар мавжуд. Бу ўзгаришларни барча гуруҳларда кузатиш мумкин ва улар асосан тегишли озиқ моддаларнинг кунлик рацион таркибида камлиги билан изоҳланади. Кексаларнинг кунлик рационада етишмайдиган озиқ моддаларга мисол сифатида оксилларни, ёғларни, токоферол, кальциферол каби баъзи витаминларни, кальций, темир, фосфор каби баъзи микроэлементларни кўрсатиш

мумкин. Углеводлар эса кексаларнинг кунлик рационада меъеридан бироз кўпроқ учрайди.

1-жадвал

60-74 ёшли текширилувчиларнинг кунлик овқати таркибидаги озиқ моддалар ва уларнинг меъёрга нисбатан ҳолати

Кўрсаткичлар	Эркаклар			Аёллар		
	меъёр	натижа	меъёрга нисбатан %	меъёр	натижа	меъёрга нисбатан %
Оксиллар, г	68	59,1	87	61	49	81
Ёғлар, г	77	82,4	107	66	63,6	96
Углеводлар, г	335	428	128	284	340,8	120
Витаминлар						
Е, мг	15	12,6	84	12	9,6	80
А, мкг	1000	820	82	800	713	89,1
Д, мкг	2,5	1,78	71,2	2,5	1,82	72,8
В ₁ , мг	1,4	1	71,4	1,3	0,94	72,3
В ₁₂ , мкг	3	2,26	75,3	3	2,62	87,3
С, мг	80	67,8	84,7	80	73,5	91,8
Минерал моддалар						
Са, мг	1000	823	82,3	1000	710	71
Р, мг	1200	1080	90	1200	920	76
Mg, мг	400	355	88,7	400	338	84,5
Fe, мг	10	8,16	81,6	10	7,62	76,2

2-жадвал

75-90 ёшли текширилувчиларнинг кунлик овқати таркибидаги озиқ моддалар ва уларнинг меъёрга нисбатан ҳолати

Кўрсаткичлар	Эркаклар			аёллар		
	Меъёр	Натижа	Меъёрга нисбатан %	Меъёр	Натижа	Меъёрга нисбатан %
Оксиллар, г	61	45,7	75	55	38,5	70
Ёғлар, г	65	52,4	80,6	57	42,4	74,5
Углеводлар, г	280	294	105	242	285,5	118
Витаминлар						
Е, мг	15	11,6	77,3	12	8,2	68,3
А, мкг	1000	780	78	800	530	66,2
Д, мкг	2,5	1,67	67	2,5	1,40	56
В ₁ , мг	1,2	0,86	71,6	1,1	0,72	65,4
В ₁₂ , мкг	3	2,26	75,3	3	2,1	63,6
С, мг	80	64,2	80,2	80	71	88,7
Минерал моддалар						
Са, мг	1000	660	66	1000	580	58
Р, мг	1200	960	80	1200	844	70,3
Mg, мг	400	310	77,5	400	288	72
Fe, мг	10	7,1	71	10	6,5	65

Қайд қилиш мумкинки, 60-74 ёшли эркекларда оксилга бўлган талаб 87 % га, ёғларга 107 % га, углеводларга эса 128 % га қондирилган. Худди шу кўрсаткичлар ушбу ёшдаги аёлларда қуйидагича кўриниш олган: оксиллар 81 %, ёғлар 96 %, углеводлар 120 %.

75-90 ёшли аёлларда ҳам асосий озиқ моддаларга бўлган талаб меъёрида қондирилмаган: оксиллар 70 %, ёғлар 74,5 % ва углеводлар 118 %. Худди шу ёшдаги эркекларда бу рақамлар тегишли равишда 75; 80,6 ва 105 % га тенг экани кузатувлар давомида аниқланди.

Демак, асосий озиқ моддалар ичида оксиллар ва ёғларга бўлган талаб кексаларда етарлича қондирилмаган.

Шунга ўхшаш ҳолатларни витаминлар ва минерал моддалар мисолида ҳам кузатиш мумкин. 60-74 ёшли эркекларнинг кунлик рационда энг кам миқдордаги витаминлар сирасига Д (71,2 %), В₁ (71,4 %) ва В₁₂ (75,3 %) ларни киритиш мумкин. Минерал моддалардан эса кўпроқ Са (82,3 %) ва Fe (81,6%) етишмаслиги кузатилади. Худди шу ёшдаги аёлларнинг кунлик рационда витаминлар ва минерал моддалар миқдори ҳам меъёридан камроқ. Масалан, Д (72,8 %), В₁ (72,3 %) каби витаминлар ҳамда кальций (71 %), фосфор (76%) ва темир (76,2 %) каби микроэлементлардир.

75-90 ёшли текширилувчиларда эса баъзи бир асосий ва қўшимча озиқ моддаларга бўлган талаб янада пастроқ қондирилган. Масалан, шу ёшдаги эркекларда оксилларга бўлган талаб 75 % га, ёғларга бўлган талаб 80,6 % га қондирилган. Углеводларга бўлган талабнинг қондирилиши эса 105 % ни ташкил этади.

Аёлларда эса ушбу озиқ моддаларга бўлган талаб қуйидагича: оксиллар 70 %, ёғлар 74,5 % ва углеводлар 118 %.

Ушбу гуруҳдаги кишиларнинг баъзи витаминлар ва минерал моддаларга бўлган талаби ҳам етарлича бўлмаган. Хусусан эркекларда Д (67 %), А (78 %) ва Е (77,3 %) витаминлар, кальций (66 %), темир (71 %) каби микроэлементлар,

аёлларда эса Д (56 %), В₁ (65,4) ва В₁₂ (63,6 %) витаминлар, кальций (58 %), темир (65 %) каби микроэлементлар меъёридан анча кам қабул қилинган.

Ушбу ҳолатларнинг изохи ҳақида шуни таъкидлаб ўтиш мумкинки, кекса кишилар организмида юзага келадиган бир қатор ўзгаришлар уларнинг овқатланиш хусусиятларига таъсир этмай қолмайди. Масалан, уларда ошқозон-ичак йўлидаги функционал фаолиятларнинг сезиларли даражада сусайиши истеъмом қилинган озиқ моддаларнинг ҳазмланишини қийинлаштиради. Секретор фаолиятнинг бузилиши озиқ моддаларнинг парчаланишини сусайтирса, мотор фаолият уларнинг ичаклар бўйлаб ҳаракатини қийинлаштиради, сўрилиш жараёнининг бузилиши эса парчаланган озиқ моддаларнинг ичаклардан қонга ўтишини ёмонлаштиради.

Кекса кишиларнинг овқатланиш ҳолатига уларда умумий моддалар ва энергия алмашинувининг сусайганлиги ҳам таъсир этмасдан қолмайди. Умуман олганда кекса организмларда онтогенетик тараққиёт давомида юзага келадиган турли морфологик ва функционал ўзгаришлар уларнинг овқатланиш ҳолатига жиддий даражада таъсир кўрсатади.

Юқоридагилардан ташқари кексалар овқатланишдаги номуносивликларга бошқа омиллар ҳам таъсир этмай қолмайди. Бу биринчи навбатда кўпчилик кексаларнинг нотўғри ва нораціонал овқатланишидир. Кекса кишилар учун тавсия этиладиган меъёрларга тўлиқ амал қилмаслик, рационал овқатланишнинг тартиб, сифат ва миқдор принципларига тўла риоя этмаслик ва бошқалар овқатланиш жараёнларининг жиддий бузилишларига олиб келади.

Олинган натижалар ва мавжуд адабиётларда келтирилган маълумотларга таяниб, кекса кишилар овқатланишининг мақсадга мувофиқ бўлишида қуйидаги тамойилларга амал қилишни тавсия этиш мумкин.

1. Ҳар бир худудда яшовчи кексаларнинг амалдаги овқатланишини

тўғри ташкил қилиш мақсадида шу ёшдаги аҳоли гуруҳларининг рационал овқатланиши бўйича тарғибот ишлари олиб бориш.

2. Кундалик истеъмол таомларидаги умумий энергиянинг шу вақт давомида сарфланадиган энергияга тенг бўлиши.

3. Истеъмол таомларининг антисклеротик (склероз пайдо бўлишига қарши) хусусиятга эга бўлиши.

4. Таомларнинг хилма-хиллиги ва улар таркибидаги зарурий моддалар ҳамда бирикмаларнинг меъёрий нисбатда бўлиши.

5. Кунлик ейиладиган овқатларнинг танадаги ферментлар тизимини фаоллаштирадиган моддалар (витаминлар, макро- ва микроэлементлар, биологик фаол моддалар ва бошқалар) билан етарли даражада бойитиш.

6. Истеъмол таомларини иложи борича ферментлар таъсирида осон парчаланадиган озиқ моддалардан иборат бўлиши.

Кекса кишиларнинг ушбу овқатланиш тамойилларига риоя қилишлари уларнинг узоқ умр кўришларида, ақлий ва жисмоний иш қобилиятларини оширишда катта аҳамият касб этади.

АДАБИЁТЛАР:

1. Лебедева Е.А. Особенности белково обмена в связи с процессами старения и характером питания: Автореф. дис... д-ра. мед. наук. Л., 1972.

2. Фролькис В.В. Старение и биологические возможности организма. Москва, Изд-во Наука. 1975, 272 с.

3. Григоров Ю.Г. Питание и некоторые показатели здоровья пожилых и старых людей. Автореф. дис... д-ра мед. наук. - Киев, 1975.

4. Стеженская Е.И и др. Условия жизни и пожилой человек. Москва: Медицина, 1978. 311 с

5. Самсонов М.А., Мещерякова В.А. Питание людей пожилого возраста. Москва, Медицина, 1979, 80 с.

6. Валенкевич Л.Н. Пищеварительная система человека при старении. Л., 1984. 224 с.

7. Нормы физиологических потребностей в основных пищевых веществ и энергии для различных групп населения. - М., 1991.- 7 с.

8. Курбонов Ш. Овқатланиш маданияти. Тошкент: “Маънавият”, 2005.-206 б.

АБУ РАЙХОН БЕРУНИЙНИНГ “ҚАДИМГИ ХАЛҚЛАРДАН ҚОЛГАН ЁДГОРЛИКЛАР” АСАРИДАГИ УЗОҚ УМР КЎРИШ ҲАҚИДА

Ғойипов М.А. – Хоразм Маъмун
академияси

Абу Райхон Беруний фаннинг ҳамма соҳаларида самарали ижод этган ва бой илмий мерос қолдирган. Академик И.Ю.Крачковский сўзи билан айтганда, “унинг қизиққан соҳаларни санаб чиққандан кўра, қизиқмаган соҳаларини санаш осонроқ”. Берунийнинг биринчи йирик асари “Қадимги халқлардан қолган ёдгорликлар” китобидир. Бу мақолани ёзишдан мақсад олимнинг узоқ умр кўриш ҳақидаги масалаларини ўрганиб, уларни илмий муомалага киритиш ва кенг жамоатчиликни қизиқтиришдир.

Асарнинг арабча номи “Ал осор ал-боқия ал-қурун ал-ҳолия” бўлиб, Европада “Хронология”, ўзбек шарқшунослигида “Осор ал-боқия” номи билан машҳур. Олим бу китобини Журжонда муҳожирлик даврида 1000 йилда ёза бошлади ва энди 27 ёшига кирганда ёзиб тамомлаган. Устоз Беруний бу асарини ўша вақтда Хоразм ва умуман Каспийолди вилоятларида ҳукмронлик қилаётган зиёрийлар сулоласи (928-1042)нинг машҳур вакили Қобус ибн Вашимгир (“Шамс ал-Маолий” (“Олий мартабалар қуёши”) лақаби билан машҳур бўлган)га бағишлайди. “Осор ал-боқия” асарида астрономия, математика, тарихий масалалар тўлиқ ёритилиб берилган ва бу соҳалар мутахассислар томонидан ўрганилган. Китобдаги геронтология – узоқ умр кўриш ҳақидаги баъзи маълумотлар тиббиёт тарихчилари томонидан ўрганилмаган. Берунийни бу соҳадаги маълумотлари тиббиёт ва унинг геронтология илми билан шуғулланувчилар учун жуда катта аҳамиятга эгадир.

Берунийнинг геронтология фанига оид куйидаги масалаларни ўқувчилар эътиборига ҳавола қилинади. Айрим

жоҳил “ҳажвийлар” ва аҳмоқ “дахрийлар”... яъни бу гуруҳ кўзга кўринадиган нарсаларга ишонадилар... худосизлар, илгари ўтган халқларнинг тавсиф этилган умрларининг узунлигини, айниқса Иброҳим Алайҳиссалом замонидан олдингилар ҳақида айтилганларни инкор этадилар. Ўз замонларида кўраётганларига қиёс қилиб, илгариларнинг гавдалари ҳақидаги ҳикояларини ёқтирмайдилар ва ёмон кўрадилар: бундай нақлларни имконият чегарасидан мумкин эмаслик соҳасига кўчирадилар. Улар болалар туғилгач, қанча умр кўришлари ҳақида астрологлардан эшитган энг кўп “ёритқичлар ҳадяси”, яъни астрологияда у ёки бу ёритқич томонидан одамларга ҳадя қилинадиган умр миқдори ҳақидаги нарсаларни асос қилиб оладилар.

Асослари шуки: (бола туғилган вақтда) қуёш “ҳайлож” ва “қадхудо” бўлса... у энг кўп йилни... туғилган болага 120 (бир юз йигирма) йилни ҳадя қилади. Бунга ой 25 (йигирма беш) йил, зухро 8 (саккиз) йил, Уторид (Меркурий) 20 (йигирма) йил, муштарий 12 (ўн икки) йил қўшади. Қуёш ҳадясининг тўртдан бирини, яъни 30 (ўттиз) йилни қўшади. Икки наҳс юлдузи Миррих (Марс) ва Зухро (Сатурн) улар қаторида бўлади. Натижада буларнинг жамиси 215 (икки юз ўн беш) йил бўлади. Айтишларича, агар умрни бир нарса қирқмаса, инсон эришадиган энг узун умр шудир. Табиий умр эса 120 йилдир, чунки олам Қуёш билан барпо ва бу адад унинг энг кўп йилидир.

Беруний узоқ умр кўришни наслу насабга боғлиқ деб тушунади. Бу айниқса, химяр ва уларга ўхшаш (халқларга) хос бўлиб, Ямома (Жанубий Арабистонда Наж билан Баҳрайин орасидаги бир вилоят) солиқ тўпловчиларнинг ҳикояларига қараганда, у икки мамлакатдан бошқа шаҳарларда учратилмайдиган узоқ умр кўрувчилар топилади. Шунингдек, араблар ва ҳиндларда улардан ҳам кўп яшовчилар мавжуд.

Лекин, у “ҳашвийлар” ва “дахрийлар” деб ёзади олим, ўз даволари фойдасига шундай нотўғри ҳукм чиқардилар. “Агар ҳақиқат уларнинг хоҳишларига тобе бўлганда, осмон ва ер хонавайрон бўлар эди. ...улар тушунчаларида шундай нарсага асосланадиларки, астрологлар унинг тескарисини айтадилар. ...Яъни Қуёш ва Зухро йиллари узоқ умр кўрган деб зикр қилинган (кишилар) умридан анча кўп эканини айтганлар. Демак, 120 йилдан ҳам зиёд умр кўради деганлар. Ўша вақтда астрологияга ишонч жуда кучли бўлиб, унга қарши чиқиш мумкин эмас эди.

Шундай даврда Беруний ёзади: Менинг “Бўяма гапларга қарши огоҳлантириш” номли китобимда ёритқичлардан ҳар бири таъриф этилган бу йиллар ҳақида шулардан фойдаланувчи астрологлар билан бўлган сўзим бор. “(Кишилар) руҳларига шифо берувчи қуёшлар китоби” асаримда шу йилларни ишлатишдаги энг яхши усуллардан фойдаланиш учун қўлланма кўрсатдим.

Демак, астрология соҳасида олим шу давр астрологларидан ҳам бу соҳани яхши эгаллаган. Шу сабаб ҳам қуйидаги хулосаларга келган: Кейин, фақат ҳозирда кўрилаётганлар ва уларга қиёс қилиш (илгариги кишиларнинг) узоқ умр кўрганлари, гавдалари катта ва улар ҳақида тарих китобларида айтилганларнинг аксари мумкинлигини инкор этмайди. Чунки буларга ўхшаш ҳодисалар турли заминда ҳар хил турда юз бериб туради. Бу ҳодисалардан айримларини маълум вақти бўлиб, кетма-кет ўша вақтларда юзага чиқади ва мумкинлик даражасига етгач, ўзгаришга учрайди. Уларнинг вужудга келган вақтини кўрмаган киши (бундай ҳодисани) ақлдан узоқ ҳисоблайди ва кўпинча уларни рад этишга шошилади.

Беруний юқоридаги келтирган маълумотларини тасдиқлаш учун қуйидаги мисолларни келтиради: Жониворларнинг бир-биридан наслланиши, дарахтларнинг ҳосил бериши, экин ва меваларнинг пайдо бўлишидан иборат (вақти-вақти

билан) айланиб келувчи барча ҳодисалар шулар (ақлга сиғмайдиганлар) жумласига киради.

... Бу ҳодисаларнинг (баъзиси турли замонларда давр билан тартибсиз юзага чиқмай, тасодифий юз беради) қандай юзага келиши хаёлга келтирилмаган ва сабаби билинмаган бўлса ҳам, бундай хабарни қабул этмай чора йўқ. Баъзилар бундай ҳолатда юз берса ҳам лекин, улар ўз турларидаги тартибдан чиқиб кетгани сабабли “табиат янгилиши” деб аталади. Бу масала бўйича олим ўзини куйидаги хулосасини чиқаради. Мен уларни бундай ном билан эмас, балки “модданинг мўътадил миқдордан сиртга чиқиши” деб атаган бўлар эдим – деб, ортиқча аъзоли ҳайвонлар ва одамлар тўғрисида тўхталиб ўтган.

Берунийнинг ёзишича, Абу Машраб Балхий билан умр кўриш масаласида савол-жавоб қилиб, у ҳам узоқ умр кўришнинг наслу-насабга боғлиқ эканини тасдиқлагани тўғрисида куйидаги хулосани келтиради: “...Табиат ғолиброкдир. Киши отаси ё онаси, ёки отасининг отаси – бобосининг умрича яшаганда, ўзига келадиган ҳар бахтсизликдан кучли далиллар бўлмаса ўтиб кета олмайди...” агар бундай бахтсизликлар бўлмаса, бобосини ёшидан ўтиши мумкин. Аммо (ишонувчилар) то кўзлари билан кўрмагунларича ўз замонлари ва ўз жойларида учрамаган ҳар бир нарсани инкор этсалар... унда ер юзида ўзлари яшаб турган жойдан бошқа шаҳарлар борлиги тўғрисидаги одамлар гапларини тасдиқ этмасликка ва шунга ўхшаш шармандаликларга йўл қўйган бўладилар.

Нотилийнинг шогирди, Беруний билан бир даврда бирга академияда фаолият юритган Ибн Синонинг ва улардан 100 йил кейин Хоразмда Ануштегинийлар даврида 30 йилдан зиёд улар саройида табиблик қилган, шогирдлари Исмоил Журжонийнинг маълумотларини келтирамиз. “Ёшлар, - дейди Ибн Сино, - умуман тўрт қисмдир:

1. “Ўсиш ёши”, бунга ўсмирлик деб ҳам исм берилади. Бу ўттиз йилгача давом этади.

2. “Ўсишдан тўхташ ёши”, ёки “ёшлик даври”. Бу ўттиздан 35 ёки 40 ёшгача бўлган давр.

3. Қисман қувват бўла туриб, чўкиш ёки ўртача ёшдаги кишиларга мансуб бўлиб, олтмиш ёшгача давом этади.

4. Кучсизлик билан бирга “чўкиш ёши”, бу умр охирига чўзилиб, қариларнинг ёшидир” (Қонун, 1)

Исмоил Журжоний Беруний ва Ибн Синонинг фикрларига кўшилади, лекин “Захирайи Хоразмшоҳий” асарини (1 китобида, 33 б) Хоразм шароитида туғма иссиқлик ва ҳўллик 35 ёшдан кейин то умрнинг охиригача камайиб боради деб ёзган.

Гавдаларнинг катталиги масаласига келсак, бу аҳволнинг ҳозирда кўринмаслиги ва у ҳақда ҳикоя қилинаётган замоннинг давримиздан узоқлиги сабабли у албатта мавжуд бўлган дейилмаса ҳам имкониятдан ташқарида деб бўлмайди. Агар бир гуруҳ одамлар йўғон гавдада (Хивада дўвлар) бўлмаганларида – худо уларни улкан қилиб қўйибди – одамлар уларни доимо тилга олмас ва катталикда уларни одатдагидан юқори бўлган ҳар бир кишини уларга ўхшатмас эдилар.

Абу Райҳон Берунийнинг ўзи тузган асарлари рўйхатининг бошида кўрган туши ва чалинган касалликлари тўғрисида ёзганлари ҳақида тўхталиб ўтмоқчимиз. Ҳозир қамарий ҳисобда ёшим 65, шамсий ҳисобда эса 63 га тўлди. Тушим таъбири тўғри келганига – гарчи бунга чиндан қизиқишим бўлмаса ҳам – ажабланмайман. Айтиб ўтган тушим таъбирига келганда, шуни билкилки, албатта киши ўз меҳнатлари ва машаққатларида гарчи у инсонларнинг энг ақллиси ва энг зийраки бўлса ҳам ҳаммиша шодликни орзу қилиб, севинчли нарсаларга моил бўлади ва ёмон кўриладиган нарсалардан тортилади, бу билан жамланиб, (яхши) тушлар билан хурсанд бўлади; шунда фолга ва астрологияга таянади. Мен ҳам

башариятим сабабли ўша вақтларда шундай ҳолда бўлиб, мунажжимлардан туғилган вақтим оқибатларини қараб беришларини сўрардим. Уларга эса умрим ҳақида қаттиқ ихтилоф, уни аниқлашга бошлар эдилар. Қайси бири 16 деса бошқа бири ўзини ёлғонини қилиб, қирқ неча йил дерди. Шунда мен 50 ёшдан ўтган эдим, аммо улардан бошқалар олтмишдан бир оз ошириб юбордилар. Шу вақтларда мен оғир касалликларга чалиниб, ҳатто бир вақтнинг ўзида бир неча дардга гирифтор бўлдим. Баъзи бир касалликлар эса турли вақтларда бирин-кетин келаверди; ниҳоят улар устихонларимни (суякларни) қакшатди, гавдамни йикитди. Сўнгра кексайиб, қувватларим заифлашгандан кейин у даврлардан фориг бўлдим. Бу ҳолатни сабабларини ўрганиш талаб этилади. Ёшим олтмиш биринчига ўтар кечаси туш кўрдим. Умрим тугаганини сездим...

Ёкут ал-Ҳамавий Беруний ҳақида ёзади. Менимча унинг вафоти 440 (1048) атрофларида бўлиб, Абу Райҳон бу маҳалда анча кексайиб қолган пайтлар эди. У киши суҳбати ширин, хушмаишат, ширинсухан, ифбат-номусли, билим ва тушунчада замон бунга ўхшаган бирон кишини кўрган эмас. Беруний 440 ражаб ойини 2-да (1048 йил 11 декабрда) 75 ёшида Ғазнада вафот этди.

Берунийнинг айтишича, одамларнинг гавда тузилиши ҳақидаги афсоналарга асосиз ривоятлар деб қарамайди ва буни илмий асосда исботлаб, шундай дейди:” Чунки одамлар тузилишларининг ранг, сурат, табиат ва ахлоқда турлича бўлиши фақатгина насабларнинг турличалигида эмас, балки тупроқ, сув, ҳаво ва одам яшайдиган жойларнинг турличалигидан ҳамдир. Берунийнинг бу маълумоти ибн Синонинг “Тиб қонунлари” асарида ҳам қайд қилинган. Аммо Исмоил Журжоний “Захирайи Хоразмшоҳий” (“Хоразмшоҳ хазиначиси”) асарида юқоридаги устозларни узоқ умр кўриш ҳақидаги ғояларини ривожлантириб Ўрта Осиёда биринчи марта геронтология масалаларини ҳам ўрганди. Берунийнинг

(Осор ал-боқия) асари баён этилган масалалар фан тарихини ёритишда муҳим роль ўйнайди.