

MUNDARIJA
СОДЕРЖАНИЕ
CONTENT

**“Соғлом бола йили”га бағишланган
“Хоразм Маъмун академияси ва Ибн
Сино издошлари” мавзусидаги илмий
семинар материаллари**

Асадов Д. Касымов А. Каюмов А. Вопросы воспитания и развития духовной, интеллектуальной и физической гармонии у будущего поколения в трудах Абу Али ибн Сины	2
Бахрамов С.М., Турабов А.З. Микроэлементы и патология крови	4
Дусчанов Б.А., Рузметов Б., Дусчанов Ш.Б. Приоритет социально ориентированной государственной политики	5
Бабаходжаев С.Н., Касимов О.Ш., Абдуллаева Ш.А. Влияние рагосина на клинико-лабораторные показатели у детей, больных серозными менингитами	8
Зокирхўжаев Ш.Я., Бахриддинов Ш.С., Юнусова С.А., Ашурова М., Норматова Ш., Ёрматова Г., Тўлаганова К. Аҳоли турли гуруҳларида мутлақ овқатланиш ҳолатига гигиеник баҳо бериш	12
Каримжонов И.А., Исраилова Н.А. Болаларда ўткир зотилжамда юрак кон томир зарарланиш характери ва уни даволаш принциплари	15
Маткаримов М.У. Соғлом бола - келажакимиз пойдевори	20
Маткаримова Д.С., Рахманова У.У., Абдуллаев Р.Б., Дусчанов Ш.Б. Патогенетические особенности течения некоторых геморрагических диатезов у детей в зоне Южного Приаралья	22
Собирова С.Ж., Жуманиёзов К.Й. Болалар ногиронлик даражасига ижтимоий-гигиеник омилларнинг таъсири (Тошкент шаҳар Олмазор тумани маълумотлари асосида)	24
Павлов Б.П., Халматова Б.Т., Бабаева У.Р. Клинико-иммунологические особенности нейротоксического синдрома у детей раннего возраста при острых респираторных заболеваниях	26
Убайдуллаева Н.Н. Распространенность табакокурения и его влияние на респираторный статус подростков и юношей	28
Усманов Р.Д., Исоқов Э.З. Ибн Сино асарларида баркамол ва соғлом авлодни тарбиялаш масаласи	33
Халматова Б.Т., Миррахимова М.Х., Абдуллаева Д.Т. Диагностическое значение пикфлоуметрии у детей с частым обструктивным синдромом в анамнезе.....	34

Халметов Р.Х., Камилова Р.Т., Исакова Л.И. Оценка состояния здоровья юных спортсменов 38	
Худайбергенов А.М., Дадаев Х.А. Беруни – величайшей современник Абу Али ибн Сины	39
Шайхова Г.И., Эрматов Н.Ж., Туляганова К. О роли физического воспитания в сохранении здоровья учащихся	40
Шамсутдинова М.И., Закирходжаев Ш.Я. Клинические особенности течения и ранняя диагностика хронических панкреатитов у детей 44	
Юсупова О.Б., Атажанов У.Ж., Дусчанов Б., Курбанов С.Р. Гигиеническая оценка фактического питания детей дошкольного возраста, проживающих в экологически неблагоприятных условиях	50
Курбанов Ш., Дўсчанов Б., Курбанов А., Каримов О., Рахматуллаев Ё. Соғлом бола туғилишида муҳим бўлган омиллар ҳақида ...	53

БИОЛОГИЯ

Қутлиев Ж., Ўринова А.А., Сапаева Ф.Р., Шарифов М.Р., Султанова З.К. Туямўйин сув омбори сув ҳавзаларида кечадиган тозаланиш жараёнларида микроорганизмларнинг тутган ўрни	58
--	----

ТЕХНИКА

Бабаев З., Атаханов Р., Маткаримова Д., Аташев Э. Дефекат - новый реагент двух функционального назначения при нейтрализации и очистки сточных вод	61
Қурамбаев Ш., Сафарбаева Н., Очилова С., Атажанова Д. Маҳаллий адсорбентлар ёрдамида рафинацияланган мойларни тозалаш истикболлари.....	64

ҚИШЛОҚ ХЎЖАЛИГИ

Аширов М.И., Рўзиев Н.Р. Сигирлар маҳсулдорлик хусусиятларининг озиқ-лантириш типига боғлиқлиги	66
---	----

ФИЛОЛОГИЯ

Сориев С., Эшмуродов М. “Тўрўғли” эпоси кўлёма нусхаларини ўрганишнинг соғлом авлодни тарбиялашдаги тарбиявий-маърифий аҳамияти	70
---	----

ЮРИДИК ФАНЛАР

Қўчқоров Б.Я. Парламент назоратини амалга оширишда сиёсий партиялар фракцияларининг ўрни.....	72
---	----

ПЕДАГОГИКА

Юнусова З., Яхшиева З., Мўминова Н.И., Ҳамидова Х.М. Кимё фанини ўрганиш жараёнида талабалар маънавиятини шакллантириш.....	77
---	----

ВОПРОСЫ ВОСПИТАНИЯ И РАЗВИТИЯ ДУХОВНОЙ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ ГАРМОНИИ У БУДУЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ В ТРУДАХ АБУ АЛИ ИБН СИНЫ

Асадов Д.А., Касымов А.И.,
Каюмов А.А. - Ташкентский институт
усовершенствования врачей

Аннотация: *Ибн Сино асарларида тиббиётнинг фан сифатида ривожланиши маънавий-маърифий асосга қурилганлиги, бунда инсон сиймоси нафақат объект сифатида, балки унинг турмуш тарзи, кўп қиррали мадания, ҳуқуқий, диний ва бошқа кўринишлари ўрганиши учун манба бўлиши таъкидланган.*

Калит сўзлар: *Тиб қонунлари, маънавий-маърифий захира, Ибн Сино.*

Аннотация: *утверждается, что в основу трудов Ибн Сины заложен духовно-нравственный потенциал развития медицины как науки, предметом которой является не только сам человек, но его образ жизни во всем многообразии культурных, правовых, религиозных и других проявлений.*

Ключевые слова: *Канон врачебной науки, духовно-нравственный потенциал, Ибн Сина.*

Abstract: *It was pointed out that, in the works of Ibn Sino, formation of medicine as a subject is based on ethical and educational potential and according to this, the object is not only human himself, but also his life pattern within all diversified cultural, legal, religious and other manifestations.*

Key words: *Canon of medicine, ethical and educational potential, Ibn Sino.*

«Канон врачебной науки» Абу Али Ибн Сины значительно раздвинул рамки античной этики и дентологии и провозгласил первые идеи о биоэтики. Он бесспорно является первым

фундаментальным произведением в истории медицины, в котором ярко выражены черты феномена биоэтики. Это произведение явно отличается от античных аналогов попыткой классифицировать медицину не только как систему медико-биологических представлений, но и как канон (греч. - мера, правило, норма) духовно-нравственных основ врачебной науки в целом и, тем самым, вносит в медицину идею осмысления роли врача как воспитателя, духовного наставника, формирующего сферу достойного образа жизни.

Значение трудов Ибн Сины для современности определяется многими слагающими, среди которых одно из главных значений принадлежит «Адаб ал-табиб» духовно нравственным основам «Канона врачебной науки»

В трактовке врачей Восточного Возрождения термин «адаб» является широким понятием, включающим в себя также и принципы соблюдения достоинства, приличествующего поведения и образа жизни. В «Каноне врачебной науки» термин «адаб» представлен как динамическая система взаимодействия «врач-пациент» на протяжении всей жизни человека от рождения до старости. В основу «Канона» заложен духовно-нравственный потенциал развития медицины как науки, предметом которой является не только сам человек, но его образ жизни во всем многообразии культурных, правовых, религиозных и других проявлений. Главное, что отличает Адаб ал-табиб в трактовке Ибн Сины – это гуманизация процесса сохранения здоровья, поиск путей воспитания и развития духовной гармонии в человеке на протяжении всей его жизни.

Ибн Сина среди множества научно-практических направлений медицины, создал также «конструкцию» на которой должна строиться практика врача в вопросах охраны материнства и детства. В частности, это забота о здоровье будущей матери, созвучные с современ-

ными рекомендациями о целесообразности прерывания беременности в случаях, когда она представляет угрозу жизни матери. Так, в книге III (том 2) «Канона врачебной науки» в разделе общий режим для беременных Ибн Сина пишет: «Надлежит постоянно заботиться о смягчении их естества умеренно смягчающими средствами, нужно беречь их от гнева, не следует сообщать им того, что их печалит и огорчает».

С биоэтической точки зрения особенно важна рекомендация Ибн Сины, согласно которой: «Иногда, в известных случаях, приходится производить выкидыш, например, если беременная – молодая девочка и есть опасения, что она от родов может погибнуть». В данном случае нельзя не заметить деликатность в подходе Ибн Сины к данной проблеме. В нем нет категоричности, а есть целесообразность, подход к вопросу беременности избирательно, забота, прежде всего, о здоровье матери.

Несомненно, что приоритетным для Ибн Сины все-таки было рождение ребенка. В его гигиенических рекомендациях по питанию беременных, их режиму и, главное, сохранению душевного равновесия отчетливо сквозит забота о будущем ребенке. Но главное начинается с его рождения, когда ребенок попадает в этот мир. Здесь рекомендациям Ибн Сины нет аналогов ни в античной, ни в восточной литературе.

В I томе «Канона врачебной науки» Ибн Сина отмечает: «К числу необходимых для младенцев полезных средств для укрепления природы относятся: во-первых, легкое покачивание и, во-вторых, музыка и песни, напеваемые обычно при убаюкивании. По степени восприятия этих двух вещей ребенком они предрасполагают его к физическим упражнениям и музыке. Первое относится к телу, а второе к душе».

Далее он обращает внимание врача на то, что у «кормилицы должен быть хороший и добрый характер, то есть она

не должна быстро поддаваться таким дурным душевным реакциям, как гнев, печаль, страх и т.п., потому что все это портит натуру и часто отражается на кормлении. По этой причине посланник божий, да благословит его Аллах и да приветствует, запретил нанимать в качестве кормилиц бесноватых женщин. К тому же дурной характер кормилицы служит причиной плохого ухода за младенцем и уменьшает заботливость кормилицы».

Все это делается в целях развития духовных основ здоровья ребенка с самых первых дней жизни. «Необходимо, - пишет Ибн Сина, - обратить должное внимание на уравновешенность характера ребенка, что достигается предохранением ребенка от сильного гнева, сильного испуга, печали и бессонницы». Он предупреждает врача: «Нужно постоянно быть готовым к тому, чтобы подать ему то, чего он захочет и пожелает, и отстранить от него то, что он не любит. При этом достигается двоякая польза. Одна для души ребенка, ибо он с раннего детства растет добронравным, что превратится в обязательную привычку. Другая – для тела, ибо злой нрав обуславливается различного вида дурной натурой, как равно если злой нрав войдет в обычай, то он повлечет за собой соответствующую дурную натуру. Например, гнев сильно горячит тело, печаль сильно высушивает его, апатия ослабляет душевную силу.....»

Следует особо подчеркнуть важность запрета наказывать детей до пяти лет, т.е. до того возраста, когда ребенок уже может адекватно осознать смысл своего поступка. Ибн Сина, следуя античной традиции, не просто предписывал формировать здоровье ребенка, а пытался тем самым заложить фундамент на перспективу, связать все возрасты, «ибо они упраздняют друг друга, если человека не воспитывать хорошо и правильно с самого рождения». Он считал, что если воспитание ребенка было прекрасным, одухотворенным и мужественным, то большая часть его

должна передаваться юношескому возрасту. Точно так же, если воспитание юноши было гармоничным, целомудренным и мужественным, то большая часть его передается возрасту зрелого мужа.

Подводя итог рекомендациям Ибн Сины, адресованным в «Каноне врачебной науки» врачам, родителям и лицам посвященным философии воспитания здорового ребенка, можно сделать следующие **выводы:**

- здоровье и жизнь ребенка должны быть предметом заботы, охраны и особого режима с момента зачатия, а не с момента рождения;

- аборт показан, если мать слишком молода или больна, или еще по какой – нибудь угрожающей ее жизни причине, когда она не может родить ребенка;

- родившийся ребенок должен иметь кормилицу с положительной нервной системой, днем любоваться цветами, а ночью смотреть на звезды;

- закон детства – игры, т.е. все воспитательно-образовательные процессы с самых ранних лет жизни должны быть построены на основе игр;

- ребенок не должен подвергаться наказаниям, задача воспитателя и врача – беречь душу ребенка, воспитывать в нем чувство собственного достоинства.

Сегодня, как никогда актуальны мысли нашего великого соотечественника о воспитании и развитии духовной, интеллектуальной и физической гармонии у будущего поколения, которые нашли свое отражение в Государственной Программе «Год здорового ребенка»

МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И ПАТОЛОГИЯ КРОВИ

**Бахрамов С.М., Турабов А.З. -
Ташкентский институт
усовершенствования врачей**

Аннотация: тиббий амалиётда микроэлементларнинг этишмаслиги ёки

ортиқчалиги билан боғлиқ касаллик ёки унинг асоратлари учрайди. Ушбу ҳолатни билиш уларни ўз вақтида аниқлашга, тўғри даволашга ва бирламчи ёки иккиламчи профилактикага имкон беради.

Калит сўзлар: микроэлементлар, қон яратилиши, гемопоэтик таъсир.

Аннотация: в клинической практике встречаются заболевания или синдромы, обусловленные дефицитом или избытком гемопоэтического действия микроэлементов. Знание этих состояний позволит их своевременному распознаванию, адекватному лечению и первичной или вторичной профилактике.

Ключевые слова: микроэлементы, кровотообразование, гемопоэтические действия.

Abstract: in clinical practice syndrome or diseases with deficiency or excess of hematopoietic microelements can happen. Having knowledge about these conditions allows to detect them in time and ensures sufficient treatment both in the primary and secondary prophylaxis.

Key words: microelements, blood formation, hematopoietic activities.

Около полутора век тому назад на основе накопленного в течение длительного периода огромного фактического материала в области минералогии был создан Периодический закон с Периодической системой химических элементов. Автором этого величайшего открытия был гениальный ученый химик Д.И. Менделеев.

В последующем были изучены геохимия земной коры и её влияние на живые организмы. В результате было установлено, что геохимические процессы, происходящие в земной коре и эволюция химического элементного состава живых организмов - это два сопряженного процесса.

В дальнейшем было выяснено, что различные области земной поверхности характеризуются неодинаковым типом

геохимических процессов и поэтому отличаются и по количественному составу. Так возникло и определение – аномальные биогеохимические провинции, которые характеризуются пониженным (дефицитным) или повышенным (избыточным) содержанием тех или иных биоэлементов. Это позволило открыть существование отдельных форм биогеохимической патологии людей и животных, что послужило фундаментом для новой науки – геохимической экологии.

Возникновение повышенного интереса к проблеме экозависимых заболеваний послужило мощным толчком к изучению биологической значимости макро – и микроэлементов. Благодаря этому было доказано, что в человеческом организме имеется преимущественная часть известных в природе химических элементов и при этом существует гомеостаз последних. Эти биоэлементы принимают участие во многочисленных метаболических (биохимико-ферментативных) процессах, а определенная их часть – в кроветворении (гемопозитическом процессе).

К биоэлементам гемопозитического действия относятся железо, цинк, медь, кобальт, марганец и др. От нормального содержания выше перечисленных биоэлементов в организме человека зависят клеточный цикл, рост и дифференцировка клеток в сфере кроветворения.

В клинической практике встречаются заболевания или синдромы, обусловленные дефицитом или избытком гемопозитического действия микроэлементов. Знание этих состояний позволит их своевременному распознаванию, адекватному лечению и первичной или вторичной профилактике.

Проведенный анализ литературных данных о роли микроэлементов гемопозитического действия в возникновении той или иной патологии позволяет отметить, что по железу, цинку и меди имеются более обширные материалы о болезнях и синдромах,

обусловленных дефицитом или избытком этих биоэлементов. А что касается микроэлементов магния, марганца, никеля, селена и других биоэлементов (возможно обладающих гемопозитическим действием) имеющиеся научные сведения относятся к отдаленному периоду, либо их мало или во все нет. Исходя из этого проведение новых исследований на современном методическом уровне по микроэлементам гемопозитического действия является архиважной задачей биоэлементологии.

ПРИОРИТЕТ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ

Дусчанов Б.А. - фонд Ибн Сины,
Рузметов Б. - Ургенчский
государственный университет,
Дусчанов Ш.Б. - Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии

Аннотация: мақолада “Соғлом бола йили” Давлат Дастурининг асосий йўналишлари таҳлил қилинган ва Дастурни амалга ошириш юзасидан вазифалар белгиланган

Калит сўзлар: “Соғлом бола йили” Давлат Дастури, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, аҳоли саломатлиги.

Аннотация: в статье рассматриваются основные положения Государственной Программы «Год здорового ребенка» и определены задачи по её реализации.

Ключевые слова: Программа «Год здорового ребенка», охрана материнства и детства, здоровье населения.

Abstract: In this article the main propositions of the State Program “Year of healthy child” are analyzed and the tasks were specified in its realization.

Key words: the program “Year of healthy child”, maternal and child health, public health.

За годы независимости в Узбекистане под руководством Президента Республики Узбекистан Ислама Каримова уделяется огромное внимание вопросам сохранения и улучшения здоровья населения, воспитания физически и духовно развитого подрастающего поколения.

Указом Президента страны от 23 апреля 1993 года был создан Международный негосударственный благотворительный фонд «Соғлом авлод учун» в целях оздоровления нации, укрепления здоровья матерей и детей, развития медицинского сознания и культуры населения.

Эти шаги на пути воспитания здорового поколения, оздоровления нации стали важным событием для узбекского народа, для которого под угрозой оказались не только земельные и природные ресурсы, но и здоровье будущих поколений.

Национальная модель охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане «Здоровая мать - здоровый ребенок» была признана как одна из эффективных стратегий в достижении Целей развития тысячелетия, благодаря которой в стране снижена младенческая и материнская смертность более чем в три раза. По данному показателю Узбекистан занимает лидирующую позицию не только в СНГ, но и в мире. В 1998 году была принята Государственная Программа, в которой четко определены этапы формирования национальной модели здравоохранения.

В результате последовательной реализации мер, направленных на реформирование отечественной медицины на сегодняшний день в стране сформирована эффективная сеть сельских врачебных пунктов по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению. Кроме того, созданы районные и городские медицинские объединения, фундаментальная организационная структура, включающая областные многопрофильные медицинские центры и республиканские

специализированные центры по оказанию сложнейших высокотехнологичных медицинских услуг, а также центры экстренной медицинской помощи всех уровней. В результате обеспечен широкий доступ населения, в первую очередь живущих на селе детей и женщин, к квалифицированной медицинской помощи.

На модернизацию и оснащение лечебно-профилактических учреждений самым современным оборудованием за последние десять лет было направлено свыше 750 миллионов долларов США. Благодаря реализации программы "Скрининг матери и ребенка" рождение детей с врожденными аномалиями сократилось с 2000 года в 1,8 раза.

На основе общенациональной программы, «Здоровая мать - здоровый ребенок», разработаны широко-масштабные меры, в результате реализации которых в национальной медицине прочное место заняли современные скрининговые и перинатальные центры. В основе создания специализированных центров, диагностической, скрининговой и перинатальной служб, новых родильных комплексов, оснащенных современным медицинским оборудованием, уделяемого особого внимания защите здоровья матерей и детей лежит одна цель – дальнейшее укрепление здоровья населения, воспитание здорового поколения.

Если в 2005 году в нашей стране число абсолютно здоровых детей составляло 52,7 процента, то в 2013 году эта цифра превысила 63 процента. Если учитывать, что в развитых странах мира этот показатель составляет 70 - 72 процента, то видна, насколько высокими темпами наша страна продвигается в этом направлении.

Сегодня 92 процента детей в стране по параметрам своего развития соответствует стандартам Всемирной организации здравоохранения.

В соответствии с постановлениями Президента РУз «О дополнительных мерах по охране здоровья матери и

ребенка, формированию здорового поколения» от 13 апреля 2009 года и «О Программе мер по дальнейшему усилению и повышению эффективности проводимой работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовно развитого поколения на 2009 - 2013 годы» проводимая в этой сфере работа выведена на новый уровень.

Если в 2012 году на развитие сферы из Государственного бюджета было выделено 2,8 триллиона сумов, то в 2013 году этот, показатель достиг 3,4 триллиона сумов. В рамках Инвестиционной программы на 2013 год более, чем в 140 региональных и республиканских медицинских учреждениях проведены строительные работы и реконструкция. На эти цели из Государственного бюджета выделено 311,2 миллиарда сумов.

Следует отметить, что с 2003 года в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения была преобразована структура учреждений родовспоможения, в которых стали действовать индивидуальные родильные залы и палаты совместного пребывания матери и ребенка, где они находятся под постоянным наблюдением специалистов. Кроме того, было создано свыше 240 современных медицинских учреждений, деятельность которых направлена на решение конкретных задач в области охраны здоровья женщин и детей. Ежегодно 400 тысяч беременных женщин проходят оздоровительные курсы.

Успешная реализация программных мер, направленных на фортификацию муки и йодирование пищевой соли, позволяет кардинально снизить йодовую недостаточность у населения, что в свою очередь приводит к уменьшению случаев заболевания малокровием среди женщин детородного возраста.

Сегодня во многих медицинских учреждениях республики хорошо освоен метод ангиографии, включающий в себя изучение внутреннего состояния

кровеносных сосудов. Он позволяет с максимальной точностью определить наличие суженных в них участков при помощи вливания контрастной жидкости в коронарный сосуд сердца.

Постановление Президента страны "О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения" от 28 ноября 2011 года стало новой вехой на пути к обновлению отечественной сферы медицины.

Постановлением определены приоритетные задачи по дальнейшему углублению реформ сферы здравоохранения, повышению эффективности деятельности медицинских учреждений, обеспечению оказания качественных медицинских услуг населению, отвечающих современным требованиям и стандартам, внедрению передовых форм и методов управления и организации труда.

По инициативе Президента Республики Узбекистан Ислама Каримова 2014 год объявлен годом здорового ребенка. Как и предшествующие годы, принято постановление Президента Узбекистана "О государственной программе" "Год здорового ребенка" от 19 февраля 2014 года.

В первую очередь определены меры по дальнейшему совершенствованию законодательной и нормативно-правовой базы, разработке новых положений и норм, направленных на создание благоприятных организационно-правовых условий для формирования здорового, гармонично развитого поколения.

В программе основное внимание уделяется таким вопросам, как охрана материнства и детства, укрепление здоровой атмосферы в семье, её экономических и духовно-нравственных основ, укрепление материально-технической базы сферы здравоохранения, оснащению её современным оборудованием, обеспечения квалифицированными кадрами медицинских учреждений, занимающихся охраной здоровья матерей и детей, скрининговых

и перинатальных центров, женских медицинских консультаций, родильных комплексов, гинекологических и патронажных служб, сельских врачебных пунктов.

Реализуются конкретные мероприятия по повышению качества начального образования, совершенствованию образовательных стандартов, учебных программ, учебников и пособий, широкого внедрения в практику передовых педагогических и информационно-коммуникационных технологий, активной пропаганде здорового образа жизни, привить детям, особенно девочкам, любви к физической культуре и спорту.

Особое значение придается изучению и внедрению в стране передового международного опыта, касающегося воспитанию здорового ребенка, в том числе практики развитых стран.

Программа состоит из 7 разделов и 125 пунктов, в которых отражены все вопросы, связанные с рождением, воспитанием и образованием детей, укреплением здоровой атмосфере в семье. На осуществление программы направляется 4,5 триллиона сумов и 302,9 миллиона долларов США.

В реализации поставленных задач необходимы совместные усилия семьи, школы, системы здравоохранения, государственных, общественных организаций, ННО, органов самоуправления граждан, других институтов гражданского общества, проведение агитационно-пропагандистской, работу по разъяснению положений программы среди трудовых коллективов, учебных заведений, населения.

Выполнение программы станет очередным шагом Узбекистана по пути масштабных реформ, главная цель которых – дальнейшее укрепление здоровья населения.

ВЛИЯНИЕ РАГОСИНА НА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ СЕРОЗНЫМИ МЕНИНГИТАМИ

**Бабаходжаев С.Н., Касимов О.Ш.,
Абдуллаева Ш.А. - НИИ
эпидемиологии, микробиологии и
инфекционных заболеваний
Минздрава Республики Узбекистан**

Аннотация: маълумки, ўтқир менингитларнинг 60% ни серозли менингитлар ташкил этади. Ушбу менингитларни Ўзбекистонда ишлаб чиқарилган интерферонгенез индукторларидан фойдаланган ҳолда замонавий даволаш тадбирларини ишлаб чиқиш долзарб муаммо ҳисобланади. Кузатув остида сероз менингитли 2 ёшдан 14 ёшгача бўлган 49 нафар беморлар бўлди. Ҳамма кузатув остида бўлган болалар умумий қабул қилинган даво мажмуаси билан рагосин препаратини 0,005 гр дозада 5 кун мобайнида қабул қилдилар. Рагосин препаратининг сероз менингитли бемор болаларда клиник-лаборатория кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатиши кузатилди. Ушбу ҳолатнинг механизми асосида препаратнинг бевосита вирусга қарши самараси ётади. Рагосин препарати ишлатилганда вирусга қарши иммунитетнинг интерферонлар ишлаб чиқарилиши жадаллашиши ҳисобига кучайишини ҳам эътиборга олмоқ керак.

Калит сўзлар: сероз менингити, рагосин, интерферонгенез.

Аннотация: известно, что примерно 60% от острых менингитов составляют серозные менингиты и изыскание современных методов терапии с использованием индукторов интерферонгенеза отечественного производства – рагосина в комплексном лечении представляет, несомненно, научно-практический интерес. Под наблюдением находились 49 детей, больных серозными менингитами в возрасте от 2 до 14 лет. Все обследованные больные на фоне

традиционной терапии получали препарат рагосин в дозе 0,005 гр. в течение 5 дней. Установлено положительное влияние рагосина на клиничко-лабораторные показатели у больных серозными менингитами. Механизм данного явления, возможно, связан непосредственной антивирусной эффективностью самого препарата. Следует учитывать, что при использовании рагосина происходит стимуляция противовирусного иммунитета путем усиления выработки интерферонов.

Ключевые слова: серозный менингит, рагосин, интерферогенез.

Abstract: *it is known that, serous meningitis constitute about 60% of acute meningitis. One of the main issues is devising modern methods of therapy with interferon inducers, which are produced in Uzbekistan. From 2 to 14 years old 49 children who have serous meningitis were examined. All examined patients on the traditional drug therapy received Ragosin with the dose of 0,005 g. for 5 days. Ragosin showed positive effects on clinical and laboratory parameters in patients with serous meningitis. The mechanism of this phenomenon is probably related to antiviral effectiveness of the drug. It should be noted that when using ragosin antiviral immunity is stimulated by increasing the production of interferon.*

Key words: *serous meningitis, ragosin, interferon.*

В структуре острых нейроинфекционных заболеваний большой удельный вес занимают менингиты. Обще-принятым считается разграничение острых менингитов на серозные, асептические и бактериально-гнойные, которые основываются на этиологической расшифровке и общеклиническом анализе ликвора. Известен тот факт, что примерно 60% от всех острых менингитов составляют серозные менингиты, этиологическим агентом которых являются энтеровирусы, второе место в их этиологической структуре

занимает вирус эпидемического паротита.

Индукторы интерферонов являются препаратами с комбинированным эффектом: этиотропным, направленным непосредственно на вирус возбудитель и иммуномодулирующим, корригирующим нарушения системы иммунитета. Изыскание современных методов терапии, а также применения новых индукторов интерферогенеза – рагосина в комплексном лечении больных серозными менингитами (разработан в НИИ биоорганической химии -Академии наук Республики Узбекистан и разрешен фармакокопией Республики Узбекистан) представляет, несомненно, научно-практический интерес.

Цель исследования – изучить влияние рагосина - индуктора интерферогенеза на клиничко-лабораторные показатели у детей серозными менингитами.

Задачи исследования - оценить влияние рагосина на клиничское течение и лабораторные показатели у 49 детей, больных серозными менингитами.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 49 детей, больных серозными менингитами в возрасте от 2 до 14 лет. По тяжести течения больные распределены следующим образом: среднетяжелое течение - 15 (30 %) и тяжелое течение - 34 (70 %). Диагноз серозных менингитов выставлен на основании клиничко-лабораторных данных (проявления синдрома интоксикации, положительные менингиальные симптомы, лимфоцитарный плеиоцитоз). Больные дети серозными менингитами обследованы общепринятыми клиничко-лабораторными методами (клиничский осмотр, общий анализ крови, биохимические исследования ликвора). Все обследованные дети на фоне традиционной терапии получали препарат рагосин, назначаемый в дозе 0,005 гр. в течение 5 дней. Цифровые данные обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты исследования. Полученные результаты проведенных исследований о влиянии рагосина на частоту регистрации клинических симптомов заболеваний у детей, больных серозными менингитами представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, использование рагосина в комплексном лечении больных детей серозными менингитами оказывает позитивное влияние на течение болезни. У детей со среднетяжелым течением после лечения указанным препаратом отмечается достоверное уменьшение таких клинических симптомов заболевания как, повышение температуры, нарушение сна, бледность кожи, приглушенность сердечных тонов, обложенность языка, снижение аппетита. У этого контингента детей после терапии рагосином уменьшалась частота обнаружения таких клинических симптомов, как симптомов Кернинга и ригидности затылочных мышц, хотя разница показателей до лечения

статистически не достоверна. Следует отметить, что в группе детей с тяжелым течением заболевания после использования рагосина в комплексном лечении отмечается достоверное уменьшение всех вышеперечисленных клинических симптомов. Использование рагосина с целью терапии детей серозными менингитами оказывало положительный эффект и в отношении лабораторных показателей (таблица 2). Так, после окончания курса терапии рагосином у больных детей независимо от тяжести течения болезни уменьшается снижение частоты регистрации таких лабораторных показателей как лейкоцитоз, нейтрофилез, лимфоцитоз, появления белка в моче и спинномозговой жидкости, помутнение ликвора. Отмечается достоверное уменьшение положительных случаев реакции Панди с +1, хотя в отношении этой реакции с ++ 2 такая динамика не отмечается.

Таблица 1

Влияние рагосина на частоту регистрации клинических симптомов заболевания у детей, больных серозными менингитами

Клинические симптомы	Частота регистрации клинического симптома заболевания, % (M±m)			
	Среднетяжелое течение (n=15)		Тяжелое течение (n=34)	
	До лечение	После лечение	До лечение	После лечение
Повышение температуры тела	33,7±2,0	13,33±2,4*	52,94±8,56	35,2±8,1*
Нарушение сна	40,0±12,65	20,0±10,3*	100,0±0,0	58,8±8,4*
Бледность кожи	100,0±0,0	40,0±12,65*	100,0±0,0	73,5±7,5*
Приглушенность сердечных тонов	100,0±0,0	40,0±12,65*	100,0±0,0	70,5±7,8*
Обложенность языка	100,0±0,0	20,0±10,3*	100,0±0,0	70,5±7,8*
Снижение аппетита	100,0±0,0	20,0±10,3*	11,36±5,53	-
Отсутствие аппетита	-		100,0±0,0	88,2±5,5*
Симптом Кернинга	53,33±12,88	40,0±12,65*	100,0±0,0	88,2±5,5*
Ригидность затылочных мышц	53,33±12,88	40,0±12,65*	100,0±0,0	88,2±5,5*

Примечание: * - достоверная разница показателей до и после лечения (P<0,05)

Таблица 2

Влияние рагосина на лабораторные показатели у детей, больных серозным менингитом

Лабораторные показатели	Тяжесть течения болезни				
	Среднетяжелое течение (n=15)		Тяжелое течение (n=34)		
	До лечение	После лечение	До лечение	После лечение	
Снижение гемоглобина, г/л	73,33±11,42	73,33±11,42	48,32±8,0	44,1±8,5	
Повышение лейкоцитов, 10 ⁹	80,0±10,33	53,3±12,8*	100,0	73,5±7,5*	
Нейтрофилез, %	86,6±8,78	53,3±12,8*	100,0	73,5±7,5*	
Лимфоцитоз, %	72,33±11,42	40,0±12,6*	69,23±7,39	58,8±8,4	
Белок в моче, ‰	53,33±13,85	40,0±12,6*	18,72±8,0	29,4±7,8*	
Спинномозговая жидкость	Помутнение	20,0±10,33	20,0±10,33	28,21±7,21	17,0±6,5*
	Появление белка	80,0±10,33	26,6±11,3*	87,18±5,35	47,0±8,5*
	Реакция Панди 1+	80,0±10,33	26,6±11,3*	89,74±4,86	58,8±8,4*
	Реакция Панди 2+	20,0±10,33	26,6±5,1	10,26±4,86	5,8±3,9
	Хлориды, ммоль/л	-	-	5,13±3,53	5,13±3,53
	Наличие сахара, ммоль/л	-	-	35,90±7,68	29,4±6,9

Примечание: * - достоверная разница показателей до и после лечения (P<0,05)

Не обнаружено положительное влияние рагосина у детей, больных серозными менингитами на такие биохимические показатели спинномозговой жидкости, как хлориды и наличие сахара.

Обсуждение.

Таким образом, в целом нами установлено положительное влияние индуктора интерферогенеза отечественного производства - рагосина на клиничко-лабораторные показатели у детей, больных серозными менингитами, выражающейся в уменьшении частоты проявлений основных клинических симптомов заболевания, показателей общего анализа крови и ликвора. Механизм данного явления, возможно, связан непосредственной антивирусной эффективностью самого препарата.

Выводы:

1. Использование рагосина в комплексном лечении детей, больных серозными менингитами способствует улучшению клинического течения болезни, проявляющейся в уменьшении частоты регистрации симптомов интоксикации и менингеальных проявлений болезни.

2. Установлено положительное влияние рагосина на показатели спинномозговой жидкости у детей, больных серозными менингитами, что характеризуется уменьшением выявления частоты помутнения и положительных случаев реакции Панди.

**АҲОЛИ ТУРЛИ ГУРУҲЛАРИДА
МУТЛАҚ ОВҚАТЛАНИШ
ҲОЛАТИГА ГИГИЕНИК БАҲО
БЕРИШ**

**Зокирхўжаев Ш.Я., Баҳриддинов Ш.С.,
Юнусова С.А., Ашурова М.Д.,
Норматова Ш.А., Ёрматова Г.,
Тўлаганова К. А. - Ибн Сино жамоат
фонди, ТГА ва Фарғона филиали, ЎЗР
ССВ Саломатлик ва тиббий
статистика институти Тошкент
вилояти филиали**

Аннотация: аҳоли турли гуруҳлари ўртасида, айниқса ҳомиладор аёллар ўртасида ва турли минтақаларда овқат моддалари ва унинг муҳим таркибий қисми фактик овқатланиш билан боғлиқ алиментар касалликлар даражаси ошиб бормоқда. Аҳоли фактик овқатланиш анкета усулида таҳлил қилинди. Жами 250 мурोजаатномалар бўйича карталар ўрганилган. Аҳолининг овқатланиш ҳолатини баҳолашнинг дастлабки кўрсаткичлари, унинг номутаносиблигини ва адекват эмаслигини, идеал овқатланиш формуласи бузилганлиги, овқат рационда аминокислоталар ва витаминларнинг табиий манбалари кам эканлиги кўрсатилган бўлиб, бу маълумотлар илмий жиҳатдан аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: аминокислоталар, унумли овқатланиш, болалар ва фертил ёшдаги аёллар.

Аннотация: статья посвящена актуальной проблеме научных основ гигиены питания, а именно изучению фактического питания суточного рациона. На основании 250 анкет проведено опрос населения опытных и контрольных зон наблюдения. Установлена недостаточность пищевых продуктов в суточном рационе населения. На примере Ташкентской и Ферганской областей выявлено несоответствие и несбалансированность фактического питания населения, что позволит разработать мероприятия по рационализации питания населения.

Ключевые слова: аминокислоты, рациональное питание, дети и женщины фертильного возраста.

Abstract: the article is devoted to the problem of scientific basis of nutrition hygiene, especially to the researches of the actual daily food ration. In experimental and control areas of observation, tests were carried out among the population under 250 questionnaires. There is insufficient food in the daily ration of the population. On the example of Tashkent and Ferghana regions discrepancy and imbalance nourishment population was detected and this leads to organize activities in rational nutrition of population.

Key words: amino acids, rational nutrition, women at childbearing age and children.

Долзарблиги. Абу Али ибн Сино буюк мутафаккир, улкан кашфиётчи, забардаст олим сифатида тиббиёт илмида ўчмас из қолдирган. Унинг чуқур илмий асосланган рисоалари ва маърифий асарлари аждодларимиз томонидан кўз қорачиғидай сақланиб келинмоқда. Европада Авиценна номи билан жаҳонни лол қолдирган бу сиймо соғлом овқатланишнинг назарий асосини яратган. Ибн Синонинг “меъёрий” овқатланиш, овқатланишнинг “хилма-хиллиги”, “қариялар овқатланиши”, “шаҳвомандликни оптималлаштириш”, “мижос” да ва турли касалликларда шифобахш доривор ўсимликларни ишлатиш каби берган тавсиялари рационал овқатланишнинг асосларини ва тавсияларини ишлаб чиқишда муҳим омил бўлиб хизмат қилади. Ҳозирги пайтда устознинг изидан бориб республикамиз олимлари аҳолининг турли гуруҳлари, болалар ва фертил ёшдаги аёллар ўртасида ва турли минтақаларда овқат моддалари ва унинг муҳим таркибий қисми - нутриентлар етишмовчилиги билан боғлиқ ҳақиқий овқатланиш ҳолатига баҳо бериб профилактик тавсиялар ишлаб чиқиш устида илмий тадқиқотлар олиб бормоқдалар [1,2,3]. Бундай тадқиқотлар

профилактиканинг асоси бўлиб, аҳолининг рационал овқатланишига имкон беради. Ушбу илмий тадқиқотнинг **бош мақсади**: аҳоли турли гуруҳлари суткалик рацион таркибида овқат маҳсулотлари миқдорий кўрсаткичларига гигиеник баҳо беришдир. Амалга оширилиши режалаштирилаётган илмий тадқиқот 2014 йилда Иб - ФК -0 - 69 265 шифрли “Аҳоли ўртасида аминокислоталар етишмовчилигини бартараф этишнинг самарали тизимини яратиш ва уларнинг янги манбаларини жорий қилиш” мавзусидаги инновацион лойиҳа доирасида олиб борилди. Шунинг алоҳида қайд қилиш лозимки, ушбу тадқиқот республикамиз Президенти ва ҳукуматимиз томонидан олиб борилаётган экологик ҳаракат дастурига мос келади ва унинг якуний натижаси сифатида аҳоли турли гуруҳларида аминокислоталар етишмовчилигини бартараф этиш тизимини яратишга асос бўлиб хизмат қилади.

Тадқиқот методлари: Аҳоли турли гуруҳлари суткалик рационда овқат маҳсулотларининг миқдорий кўрсаткичларини ўрганиш умумқабул қилинган анкета усулида олиб борилди, анкета “скрининг тест” шаклида ишлаб чиқилди. Анкетага 40 дан ортиқ саволлар киритилди. Суткалик рационда нутриентларнинг миқдорий кўрсаткичлари мавсумий, ёшга ва жинсга нисбатан ўрганилди. Жами 250 та анкеталар актив усулда тўлдирилди. Тадқиқотлар Тошкент ва Фарғона вилоятларида танланган кузатув ва назорат ҳудудларида амалга оширилди.

Қўйилган мақсадга эришиш учун қўйидаги **вазифаларни** амалга ошириш режалаштирилган:

1. Аҳоли турли гуруҳлари суткалик рационининг қувват қийматини баҳолаш.
2. Аҳоли турли гуруҳлари суткалик рационда ҳайвон маҳсулотлари миқдорий кўрсаткичларини ўрганиш.
3. Аҳоли турли гуруҳлари суткалик рационда дон маҳсулотлари миқдорий кўрсаткичларини ўрганиш.

4. Аҳоли турли гуруҳлари суткалик рационда сабзаёт ва мевалар миқдорий кўрсаткичларини ўрганиш.

Олинган натижалар: Кузатув нукталарида асосий модда алмашинувида сарф бўлган қувват қиймати хронометраж усулида аниқланди. Қувват қийматини аниқлаш учун ҳар бир ёш гуруҳда 10 нафар шахсда антропометрик текширишлар олиб борилди. Тошкент вилояти кузатув нукталари Дўстлик ҚВП ҳудудидаги маълумотлар 1-жадвалда берилган. Кузатув нукталарида нутриентлар етишмовчилиги муҳим мезонларидан бўлган асосий модда алмашинуви (АМА) эркакларда 15-24 ёшда 1672 ккал, 25-29 ёшда 1617 ккал, 40-49 ёшда 1609 ккал, 50-59 ёшда 1560 ккал, 60 ёшдан юқори 1278 ккал ташкил қилади. Аёлларда бу кўрсаткич эркакларга нисбатан 15-24 ёшда 239 ккал, 25-29 ёшда 165 ккал, 30-39 ёшда 267 ккал, 40-49 ёшда 200 ккал, 50-59 ёшда 190 ккал, 60 ёшдан юқори гуруҳда меъёрдан паст бўлсада натижалар ишончлилиқ чегарасида фарқ йўқ. Умумий қувват қийматини аниқлаш учун АМА қиймати меҳнат интенсивлиги касб коэффициентига кўпайтирилди. Ушбу усул билан қувват қийматини аниқлаш фертил ёшдаги аёлларда 50% I гуруҳга, 30% II гуруҳга, қолганлари 20% III ва IV гуруҳга тегишли эканлиги аниқланди. IV гуруҳда 5 нафар аёл 40-49 ёшдаги аёллар бўлиб, уларга 1,7 коэффицент белгиланди.

Шундай қилиб фертил ёшдаги аёллар учун умумий қувват қиймати 15-24 ёшда 2020 ккал, 25-29 ёшда 2362 ккал, 30-39 ёшда 2358 ккал, 40-49 ёшда 2304 ккал, 50-59 ёшда 2260 ккал, 60 юқори аёлларда 1564 ккал ташкил қилади. Олинган маълумотларни МДХ давлатларида қабул қилинган қувват эҳтиёжи билан солиштирсак, 15-24 ёшда 280 ккал паст, 25-29 ёшда 360 ккал юқори, 30-39 ёшда 142 ккал паст, 40-49 ёшда 200 ккал паст, 50-59 ёшда 460 ккал юқори, 60 ёшдан ошганда қувват эҳтиёжи гигиеник меъёрдан 126 ккал паст эканлиги қайд

1 - жадвал

Аҳоли турли гуруҳларида қувват сарфини хронометрик усулда аниқлаш

	Вақт сарфи	Бир соатда сарф бўлган қувват меъёри	Қувват қиймати
Уйқу	7 с	х 65	455
Ювиниш	30 мин	х 102	71,4
Ишга бориш	20 мин	х 99	30
Хизмат иши	8 соат	х 106	848
Ишдан қайтиш	30 мин	х 112	56
Тушлик	30 мин	х 112	56
Дам олиш	1 с	х 100	50
Китоб ўқиш, х.к	3 с	х 85	85
Дам олиш	1 с	х 90	270
Кечки овқат	30 мин	х 100	50
Уй иши ёки сайр	1 с	х 157	157
Жами:	24 с		2113 ккал

қилинди. Шу ўринда эркаклардан олинган маълумотлар ҳам қувват қиймати 500-800 ккал мос келмаслиги аниқланди.

Ҳисоблаш йўли билан асосий модда алмашинувини аниқлаш Харрис-Бенедикт тенгламаси ёрдамида амалга оширилди.

$$VOO_{\text{эркак}} = 66,0 + 13,7 M + 5B - 6,8B$$

$$VOO_{\text{аёл}} = 65,5 + 9,6 M + 1,8 P - 4,5B$$

Олинган натижалар гигиеник меъёрлардан тубдан фарқ қилмаслиги аниқланди. Шундай қилиб, асосий модда алмашинуви кузатув нуқталарида ҳисоблаш уларни гигиеник жиҳатдан фарқ қилишини ва ўрганилган ҳудуднинг ўзига хослиги эркакларда АМА юқори эканлигини кўрсатди.

Жадвалда келтирилган умумий қувват қийматини аниқлаш натижалари асосида 9 ёшда жаҳон ва МДХ давлатларида тавсия қилинган миқдордан (2380 ккал) 1,7 марта, 10 ёшда (2860 ккал) гигиеник меъёрдан 1,5 марта кам бўлиши, бошқа ёшларда ҳам гигиеник меъёрларга мос келмаслиги аниқланди.

Озиқ-овқат маҳсулотларининг суткалик рационда миқдорий кўрсаткичларига гигиеник баҳо бериш, анкета усулида олиб

борилди. Жами 250 та анкета тарқатилди, ҳар бир анкетада 40 тадан ортиқ саволлар қўйилди. Озиқ-овқат маҳсулотлари куйидаги гуруҳларга ажратиб ўрганилди. Сут ва сут маҳсулотлари бўйича 10 тур маҳсулот, гўшт ва гўшт маҳсулотлари бўйича 10 тур, дон маҳсулотлари бўйича 10 тур, сабзавот ва мевалар бўйича 39 тур маҳсулот ўрганилди. Олинган маълумотлар натижалари таҳлили СанҚМ 135-03 кўрсаткичи бўйича сут ва қатиқ гигиеник меъёрдан 3,9 марта, сметана-1,49 марта, творог-1,41 марта кам истеъмол қилинаётганлигини кўрсатди. Гўшт маҳсулотлари миқдори кўрсаткичлари ўрганилганда гўшт гигиеник меъёр (58,9) дан 1,96 марта камлиги, қўй гўшти 1,2 марта (22,4), парранда - 2,6 марта (26,8) колбаса - 1,48 марта кам истеъмол қилиниши аниқланди. Дон маҳсулотлари суткалик рационда таҳлил қилинганда ун ўртача 50 гр. атрофида бўлди, бу миқдор гигиеник меъёрдан 3,4 марта кўплиги аниқланди. Мева ва сабзавотларнинг суткалик истеъмол миқдори 1780 гр.ни ташкил қилди. Ҳайвон маҳсулотлари умумий 237 гр., яъни 20% ни, ўсимлик, сабзавот ва мевалар 80% ни ташкил қилади. Классик

мутаносиблашган овқатланиш қонунларига кўра бу нисбат 60%-40% ташкил қилишини ҳисобга олсак, рационал овқатланиш қоидалари бузилганлиги маълум бўлади. Сабзавот - меваларнинг умумий миқдори 982,7 гр.ни ташкил қилди. Энг муҳим маҳсулот бўлмиш картошка суткада 290 гр. истеъмол қилиниши аниқланди. Ушбу миқдор гигиеник меъёрдан 1,9 марта кам бўлсада, ўсмирлар учун қабул қилинган меъёрга деярли мос келади.

Хулоса:

1. Аҳоли овқатланиш ҳолатини баҳолашнинг дастлабки натижалари, унинг номутаносиблиги ва адекват эмаслигини, идеал овқатланиш формуласи бузилганлигини, овқат рациониди аминокислоталар ва витаминларнинг табиий манбалари кам эканлигини кўрсатди.

2. Асосий аминокислоталар манбаи - гўшт маҳсулотлари миқдори ўрганилганда, улар гигиеник меъёрдан (58,9) 1,96 марта камлиги, қўй гўшти (22,4) 1,2 марта парранда - 2,6 марта, (26,8), колбаса - 1,48 марта, балиқ жуда кам истеъмол қилиниши аниқланди.

Адабиётлар:

1. Шайхова Г.И., Отажонов Х.Б., Чулпанов И.Р. Гигиеническая оценка фактического питания детей в дошкольных образовательных учреждениях // Проблемы гигиены, санитарии и профессиональной патологии. – Ташкент, 2013. - С. 339-340.
2. Эрматов Н.Ж., Олтиев А.Ш., Хайруллаева А.Ш. Мактаб ўқувчилари мутлақ овқатланишининг гигиеник таҳлили // Проблемы гигиены, санитарии и профессиональной патологии. – Ташкент, 2013. - С.350-351.
3. Королев А.А. Гигиена питания. – М., 2008. - С. 657.
4. Соколова М.Ю. Рациональное питание беременных и кормящих женщин // Гинекология. – М., 2005. №2. - С. 80-83.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЗОТИЛЖАМДА ЮРАК ҚОН-ТОМИР ЗАРАРЛАНИШ ХАРАКТЕРИ ВА УНИ ДАВОЛАШ ПРИНЦИПИ

**Каримжонов И.А., Исроилова Н.А.
- Тошкент тиббиёт академияси**

Аннотация: клиник кузатувларнинг кўрсатишича, кардит асоратлари натижасида ўткир зотилжам билан касалланган болаларни эълкар ва циклоферон ёрдамида даволаганда, уларда юрак урушининг сони яққол қисқарди, даволаш самарадорлиги ошди, сурункали жараён ривожланишини камайтирди.

Калим сўзлар: ўткир зотилжам, кардит, интерферон индуктори, эълкар препарати.

Аннотация: клинические наблюдения показали, что у детей с тяжелой пневмонией осложненной кардитом после комбинированного лечения эълкаром и циклофероном отмечается более выраженное снижение сердечного выброса, повышение эффективности лечения и снижение хронизации процесса.

Ключевые слова: острая пневмония, кардит, интерферон индуктора, препарат эълкар.

Abstract: clinical observations have shown more reduction of cardiac output, increase of effectiveness of treatment and reduction of chronization process among the children with acute pneumonia complicated by carditis, after combined treatment of elkar and cycloferon.

Key words: acute pneumonia, carditis, interferon inducers, medicine elkar.

Долзарблиги. Болаларда учрайдиган юрак қон-томир хасталиклари, уларнинг асоратлари ҳозирги замон тиббиётининг энг долзарб муаммолардан бирига айланиб бормоқда. Ўрта асрларнинг буюк алломаси Абу Али ибн Сино “Тиб қонунлари” асарида юрак ҳолатини билдирадиган далилларни батафсил

ёритиб берган. Шу жумладан, томир уриши, нафас олиш характери, кўкрак қафасининг тузилиши, кўкрак қафасидаги мўйлар, баданни ушлаб кўрилгандаги ҳолати ва бошқалар ҳақида маълумотлар бор. Ҳозирги замон тиббиётида ҳам болаларда юрак хасталиklarини эрта аниқлаш ва ташхислаш учун айнан шу мезонлардан фойдаланиб, замонавий текшириш усуллари такомиллаштирилган ва амалиётга кенг татбиқ этилган (ЭКГ хулосаси, ЭхоКГ таҳлили, доплерография).

Эрта ёшдаги болалар касалланиши ва айниқса, ўлим кўрсаткичи тузилмасида бронх ўпка системасининг ўткир патологияси етакчи ўрин тутади [7,10]. Зотилжамда патологик жараёнга юрак қон-томир системасининг кўшилиши ва кўп ҳолларда ўпка ҳамда юракнинг инфекциян яллиғланиши кузатилади [1,6]. Аниқланишича [4,5], кардит ривожланишига олиб келувчи экзоген факторлар ичида вирус этиологияли инфекциян-аллергик касалликлар асосий ўринни (53%) эгаллайди. Ўткир зотилжам натижасида юзага келадиган юрак-қон томир системасининг ўзгаришларини эрта аниқлаш ва патогенетик асосланган давосини ишлаб чиқиш талаб қилинади. Бунда юзага келган ўткир кардитларнинг сурункали шаклларига ўтиш частотасининг ошиши иммун системасининг дисфункцияси ва антиоксидант система етишмовчилигини кўрсатади [8,12].

Мақсад. Эрта ёшдаги болаларда ўткир зотилжамни кардит билан асоратланганда даволаш самарасини қиёсий баҳолаш.

Текширув объекти ва усуллари: Изланишлар Тошкент тиббиёт академиясининг 1-клиникаси болалар пульмонологияси ва кардиоревматологияси бўлимларида олиб борилди. Бунда 92 нафар эрта ёшдаги ўткир зотилжам билан оғриган беморлар текшируви ўтказилган, улардан 1-гуруҳи 47 нафар бемор ўткир зотилжам кардит билан асоратланган, 2-гуруҳи 45 нафар бемор

асоратсиз ўткир зотилжам билан касалланган. Назорат гуруҳини 20 нафар амалий соғлом болалар ташкил этди. Тадқиқотда анамнез, клиник статус, биохимик текширувлар (қон зардобиди КФК-МВ, ЛДГ-1, тропонинни аниқлаш), асбобли текширувлар (ЭКГ, ЭхоКГ, кўкрак қафаси рентгени), иммунологик (ИФН- α , γ , ИЛ 1 β , ИЛ 1Ra) ва статистик усуллар қўлланилди.

Текширув натижалари. Иккала гуруҳдаги беморларнинг клиник симптомлари солиштирилганда шу аниқландики, кардит билан асоратланган зотилжамда нафас етишмовчилиги белгиларининг кучли намоён бўлиши асосан миокарднинг яллиғланиши сабабли бўлиб, 1-гуруҳ беморларида 2-гуруҳга нисбатан касалликнинг оғирроқ кечиши кузатилди. Касалликнинг бошланишида кардитнинг ривожланиши ўткир бўлиб, 1-гуруҳ беморларда асосий касаллик ҳисобига юрак етишмовчилигининг ортиши ва кейинчалик кичик қон айланиш (ҳансираш, шовқинли нафас, зотилжамнинг зўрайиши ва унинг қийин тузалиши) ҳамда катта қон айланиш доирасида (шиш, жигар катталашиши) димланишнинг юзага келиши билан намоён бўлди.

Периферик цианоз (орбитал, перорал) кўпчилик беморларда аниқланиб, юрак етишмовчилиги бор беморларда яққолроқ кузатилди. Касаллик бошланишида 1-гуруҳ беморларнинг 53,2 фоизида чап қоринча етишмовчилиги аниқланди. Кардиал ўзгаришларнинг биринчи белгиси бўлиб юрак уриш сонининг ўзгариши, асосан, тахикардия кузатилиб, давомийлиги, турғунлиги, тана ҳарорати ва жисмоний зўриқишларсиз кузатилиши билан характерланиб, 1-гуруҳда 2-гуруҳ беморларига қараганда кўпроқ кузатилди (46,8% га 31,1% қарши, 1-жадвал).

1-гуруҳ беморларнинг 57,4 % ида юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши перкутор ёрдамида аниқланди. Характерли аускультатив белгилардан бўлган юрак тонларининг бўғиқлашганлиги ва чўққида I тон бўғиқлиги, асосан 1-гуруҳдаги беморларда эшитилди

($P<0,01$). 1-гурух беморларнинг 36,2 фоизида (2-гурухнинг 22,2% га қарши) кардиомегалия ҳисобига юзага келган митрал клапан нисбий етишмовчилиги натижасида ҳар хил интенсивликдаги систолик шовқин эшитилди. Кардит билан асоратланган ўткир зотилжамда патологик ўзгаришларнинг устунлиги кардиал асоратларнинг органик ҳамда зотилжам туфайли симптоматик характердалиги билан изоҳланади [11].

Текширувлар натижасида ЭКГ ўзгаришлари минимал метаболик бузилишлардан тортиб, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг мураккаб комбинациядаги ўзгаришларигача аниқланди.

Яъни, 1-гурух беморларида синус тахикардия 2-гурухга нисбатан 1,5 баробар кўпроқ, брадиаритмия эса ярмидан кўп болаларда кузатилди ($P<0,001$). Қоринчалараро ўтказувчанликнинг бузилишларидан Гисс тутами ўнг оёқчасининг блокадаси чап оёқчаси блокадасига нисбатан кўпроқ учради. 1-гурухнинг бир нечта беморларида QRS комплекси амплитудасининг пасайиши яққол намоён бўлиши миокард зарарланишининг ўткир ва диффуз характерда эканлигини кўрсатди. Рентгенологик текширувлар шуни кўрсатдики, 1-гурухда 2-гурухдагига нисбатан 2,3 маротаба кўп икки

1-жадвал

Ўткир зотилжам билан оғриган эрта ёшдаги болаларда кардиологик симптоматика, $M\pm m$.

Симптомлар	1-гурух (n=47)		2-гурух (n=45)	
	абс.	$M\pm m, \%$	абс.	$M\pm m, \%$
Юрак чегарасининг кенгайиши	27	$57,4\pm 7,2^{***}$	3	$6,7\pm 3,7$
Юрак тонлари бўғиқлиги	18	$38,3\pm 7,1^{**}$	31	$68,8\pm 6,9$
Тахикардия	22	$46,8\pm 7,3$	14	$31,1\pm 6,9$
Брадикардия	9	$19,1\pm 5,7$	-	-
Систолик шовқин	17	$36,2\pm 7,0$	10	$22,2\pm 6,2$
II тон акценти	10	$21,3\pm 5,9$	-	-
Гепатомегалия	23	$48,9\pm 7,3^{**}$	8	$17,8\pm 5,6$
ҚАБ 0	22	$46,8\pm 7,3^{***}$	44	$97,8\pm 2,2$
ҚАБ I	18	$38,3\pm 7,1^{***}$	1	$2,2\pm 2,2$
ҚАБ IIА	6	$12,8\pm 4,9$	-	-
ҚАБ IIБ	1	$2,1\pm 2,1$	-	-
ҚАБ III	-	-	-	-

Изоҳ: гуруҳлар орасидаги аниқлик (* - $P<0,05$; ** - $P<0,01$; *** - $P<0,001$)

томонлама ўчоқли кўшилувчан ва сегментар характердаги зотилжам кузатилди (91,1%; $P < 0,01$). Бунда ўпка илдизининг кенгайиши ва ўпка суратининг кучайиши зотилжамнинг димланиш характердалигини кўрсатди. 2-гуруҳдаги 25 та беморда (55,6%) эса асосан, ўчоқли зотилжам аниқланди.

Кардиоторакал индекснинг I-II даражаси 1-гуруҳнинг 2/3 қисмидан кўпроқ беморларида аниқланди. Бунда 1-ва 2-гуруҳларда КТИ I даражаси мос равишда 19 та (40,4 %) ва 2 та (4,4%) беморда учради; КТИ II даражаси эса фақатгина 1-гуруҳнинг 13 та (27,7 %) беморида учради.

Клиник амалиётда қон зардобиди аспаргат ва аланинаминотрансфераза (АсАТ ва АлАТ) активлигини аниқлаш бир қанча касалликлар диагностикасида қўлланилади [9]. Мушак тўқимасининг органотроп ферменти АсАТ 1-гуруҳда меъёрга нисбатан 1,7 мартага ошган, 2-гуруҳда эса кўрсаткич меъёр даражасида бўлган. Шунингдек, бизнинг аниқлашимизча, миокард зарарланишида де Ритис коэффициентини назоратга ва 2-гуруҳга нисбатан мос равишда 2,2 ва 2 мартабага ошган (2-жадвал).

Биохимик текширувлардан креатининфосфокиназа-МВ фракциясининг 1 гуруҳда меъёрга нисбатан 3,8 мартага ошиши, лактатдегидрогеназа-1 фракциясининг 2-гуруҳга нисбатан 1,9 мартага ошганлиги аниқланди (3-жадвал).

Шундай қилиб, бизнинг аниқлашимизча, қон зардобидидаги кардиоспецифик

изоферментлар активизацияси ўткир зотилжамда юрак мушакларидаги яллиғланиш жараёнининг ишонарли мезони бўлиб хизмат қилиши мумкин. Ферментлар активлашишига сабаб, зотилжам туфайли юзага келган гипоксия бўлиб, у ўз навбатида миокарднинг субэпикардиал бўлимлари ва папилляр мушакларининг ишемик жароҳатланишига олиб келади [2,3].

Иммунологик текширувлар натижасига кўра, 1-гуруҳдаги беморларда γ -ИФН миқдори 2-гуруҳ ва назорат гуруҳларидагиларга нисбатан мос равишда 7 ва 14 мартага камайганлиги аниқланди. Бу эса дастлабки иммун дефицит ҳолатидан, интерферогенез бузилишидан далолат бериб, интерферонстимулловчи терапия ўтказишга кўрсатма бўлади (1-расм).

Юқоридаги маълумотларга асосланиб, кардит билан асоратланган ўткир зотилжамни даволашда анъанавий давога қўшимча интерферогенезни коррекцияловчи препаратлар (циклоферон) ва метаболик препаратлар (элькар) тайинлаш лозим.

Шу мақсадда 1-гуруҳ беморлар 3 турдаги даво гуруҳчаларига бўлинди: 1-гуруҳча 15 нафар беморга анъанавий даво, 2-гуруҳча 16 нафар беморга давога қўшимча циклоферон, 3 гуруҳча 16 нафар беморга давога қўшимча циклоферон ва элькар (L-карнитин) тайинланди.

Циклоферон иммуномодуловчи ва вирусга қарши препарат бўлиб, эндоген интерферон синтезловчи паст

2-жадвал

Гуруҳларда қон биохимик текширувларининг ўртача кўрсаткичлари характеристикаси

Кўрсаткичлар	Назорат	1-гуруҳ	2-гуруҳ
АсАТ	0,28±0,03	0,48±0,013*	0,25±0,018 [^]
АлАТ	0,34±0,02	0,26±0,011	0,27±0,015*
Коэфф. де Ритиса	0,82±0,02	1,85±0,02*	0,93±0,02* [^]

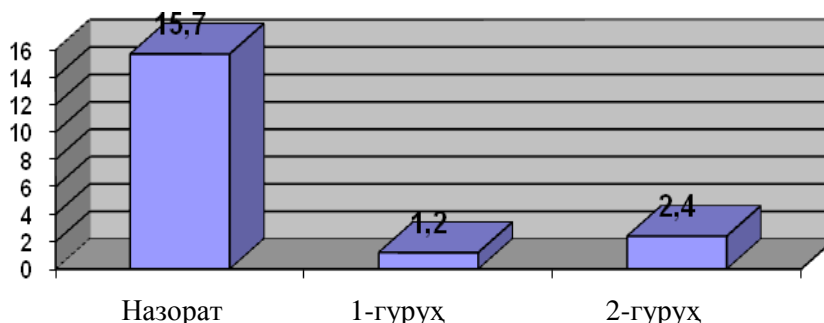
Изоҳ: * - назоратга нисбатан фарқи, [^] - 1-гуруҳга нисбатан фарқи: $P < 0,05$

3-жадвал

Гуруҳлардаги кардиал изоферментларнинг миқдор кўрсаткичлари, (M±m), Ед/л.

Кўрсаткичлар	Назорат	1 - гуруҳ	2 - гуруҳ
КФК-МВ	12,7±2,21	48,6±3,9*	13,8±2,14
ЛДГ-1	396,4±18,5	753,6±90,3*	418±57,8

Изоҳ: * - назорат гуруҳга нисбатан фарқи (P<0,001)



1-расм. Эрга ёшдаги болаларда кардит билан асоратланган ўткир зотилжамда γ-ИФНнинг дастлабки миқдори, пг/мл.

молекуляр индуктор ҳисобланади ва кенг спектрли биологик активликка эга. Карнитин ёғ кислоталарини митохондрийга ўтишини таъминлаб, ацетил-КоА ҳосил қилади ва биоэнергетик метаболизмни бошқаради.

Барча беморларда босқичли, асосли патогенетик даво олиб борилди. Касаллик авжида циклоферон 1 табл. (150 мг)дан кунига 1 маҳал ичишга ёки 12,5% ли эритмани 6мг/кг ҳисобида 1 маҳал м/о ёки в/и га тайинланди. Препарат давонинг 1-, 2-, 4-, 6- ва 8-кунлари, кейин 48 соат оралатиб, 10-, 12-, 14-, 16- ва 18-кунлари тайинланди. Касалликнинг клиник-лаборатор даврида метаболизмни яхшилаш ва иммун тизимни қувватлаш мақсадида 20% элькар препарати 50-100 мг/кг/сут га оз миқдордаги сув ёки шарбат билан 1 ойга тайинланди.

Клиник кузатувлар шуни кўрсатдики, ўтказилган муолажалардан сўнг барча гуруҳларда клиник симптомлар частотаси камайди, айниқса циклоферон ва элькар тайинланган гуруҳда яхшироқ натижа кузатилди. Бу гуруҳдаги беморларда

юракнинг функционал ҳолати тез тикланди.

Катамнестик текширувда (12-18 ойда) 1-гуруҳчада 26,7% да ЭКГда ўзгаришлар аниқланмади, ритм бузилишлари 20% да, ўтказувчанлик бузилиши 13,3% да, реполяризация ўзгаришлари 26,7% да кузатилди. 2-гуруҳчада эса бу кўрсаткичлар мос равишда 12,5% ни, 6,3% ни ва 12,5% ни ташкил қилиб, 1-гуруҳчага нисбатан 3 ва 2 баробарга камайганини кўрсатди. Бу гуруҳчада ўтказувчанлик бузилишлари кузатилмади. 3-гуруҳчада эса фақат 12,5% да ритм бузилиши: аритмия 6,5% ни ва синус тахикардия 6,5% ни ташкил қилди.

Метаболик ўзгаришларнинг сақланганлиги 1-гуруҳчада юқори бўлиб, даводан сўнг 1 ва 12-18 ойларида мос равишда 40% ва 26,7% ни ташкил қилди. 2-гуруҳчада эса бу кўрсаткичлар 31,3 ва 6,3% гача пасайди, яхши натижалар 3-гуруҳчада қайд этилиб, модда алмашинуви бузилишлари 1 ойдан сўнг 18,7% да кузатилган, кейинги ойларида эса бу ўзгаришлар йўқолган.

Биохимик кўрсаткичларнинг ҳам пасайиши барча гуруҳчаларда кузатилиб,

унинг меъёрлашуви асосан 3-гуруҳчада (анъанавий даво билан биргаликда циклоферон ва элькар қабул қилган беморларда) аниқланди.

Хулоса:

1. Болаларда кардит билан асоратланган зотилжам асоратланмаган зотилжамга нисбатан оғирроқ кечади.

2. Кардит билан асоратланган ўткир зотилжамни анъанавий даволаш стандартига интерферон индуктори ва метаболит препарат элькарни қўшиш даво самарадорлигини ошириб, сурункали жараён ривожланишини камайтиради.

Адабиётлар:

1. Pten F. Cardiovascular changes in children with pneumonia // *Pediatr.* - Turc., 2003. №45 (4). – P. 306-310.
2. Белоконов Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей (Руководство для врачей). - М.: Медицина, 1987. Т.1. - С. 392-420.
3. Бойцов С.А. Цитопротективная терапия при воспалительных заболеваниях миокарда // *Фарм индекс-практик.* 2003. №5. - С. 5-21.
4. Григорьева Н.М. Диагностические критерии миокардита // *Рос. мед. журнал.* – М., 1996. № 2. - С. 58-61.
5. Исканова Г.Х., Каримжанов И.А., и др. К течению и прогнозу неревматических кардитов у детей с различным интерфероновым статусом // Сбор. мат.конференции: Актуальные проблемы внутренних болезней и педиатрии. – Ташкент, 2009. - С. 174-175.
6. Романова Н.Е. Факторы риска развития и особенности внебольничной пневмонии у больных с хронической сердечной недостаточностью: Дис... канд. мед. наук. – М., 2004.
7. Самсыгина Г.А., Дурдина Т.А., Корпюшин М.А. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей // *Педиатрия.* – М., 2005. №4. - С. 87-94.
8. Суркина И.Д. и др. Иммуно-интерфероновая система и сердечнососудистые заболевания // *Кардиология.* - М., 1999. №4. - С. 59-62.
9. Черданцева Г.А., Мякишева О.А., Цывьян П.Б. Иммунохимическая диагностика необратимых повреждений миокарда у детей. // *Рос. педиатрический журнал.* – М., 2001. №3. - С. 37-40.
10. Шабалов Н.П. Пневмония // *Детские болезни.* - М.: Питер, 2006. Т.1. - С. 348-403.
11. Шепеленко А.Ф. Внебольничная пневмония, сочетанная с кардиальной патологией: особенности клиники, диагностики и лечения // *Пульмонология.* 2010. № 1. - С. 87-92.
12. Шмальтц А., Кандольф Р., Бархатова К. Миокардит в детском возрасте. // *Нижегородский мед. журнал.* 2001. №2. - С. 104-112.

СОҒЛОМ БОЛА - КЕЛАЖАГИМИЗ ПОЙДЕВОРИ

Маткаримов М.У. - Тошкент
тиббиёт академияси Урганч филиали

Аннотация: Хоразм вилоятининг мактабгача тарбия ёшидаги шаҳар ва қишлоқ болалари саломатлигига “оилатурмуш тарзи”нинг таъсири комплекс ижтимоий-гигиеник тадқиқотлар ўтказиши натижасида аниқланди.

Калим сўзлар: “Соғлом бола йили”, ижтимоий тадқиқот, соғломлаштириши тадбирлари.

Аннотация: определено влияние системы «семья – образ жизни» на здоровье детей дошкольного возраста городских и сельских местностей Хорезмской области, путём проведения комплексных социально-гигиенических исследований.

Ключевые слова: «Год здорового ребенка», социальные исследования, оздоровительные меры.

Abstract: the effect of the system “family – the way of life” on the health of children at preschool age from urban and rural areas of Khorezm region was defined by complex socio-hygienic researches.

Key words: Year of healthy child, social research, health-improving activities.

Республикамизда 2014 йил - “Соғлом бола йили” деб эълон қилиниши муносабати билан, профилактик тиббиёт соҳаси мутахассисларининг ушбу кенг қамровли тадбирда фаол иштирок этиши касбий ҳамда фуқаролик бурчи ҳисобланади.

Хоразм вилоятининг мактабгача тарбия ёшидаги шаҳар ва қишлоқ болалари саломатлигига оила - турмуш тарзининг таъсири комплекс ижтимоий-гигиеник тадқиқотлар ўтказиш натижасида яққол аниқланди. Бунда барча кузатилган болаларни йил давомида касал бўлмаганлар, бир йилда учдан кўп, яъни тез-тез ва узоқ муддатли касалланувчи, сурункали касалликка чалинган болалар ва касаллик туфайли ўлганларга бўлинди.

Болаларга оила - турмуш тарзини характерловчи омиллар ноқулай анамнез билан боғлиқ бўлган омиллар, болалар ва ота-она турмуш тарзини характерловчи омиллар, тиббий ёрдамни ташкил этилганлиги ва оиланинг тиббий фаоллигини характерловчи омилларга бўлиб ўрганилади.

Болаларнинг илк ёшидаги касалланиш ва ўлим ҳолларига онанинг ёши, ҳомиладорликнинг кечиши, туғуруқлар орасидаги давр, чақалоқнинг вазни, чақалоқ туғилган даврдаги саломатлиги, чақалоқни она сути билан боқиш каби биологик омиллар таъсир этади.

Болалар турмуш тарзининг кўпгина ижтимоий-гигиеник жиҳатлари яъни, қариндош-уруғлар ўртасидаги никоҳ, боланинг овқатланиш, дам олиш режими, чиниқтириш, тоза ҳавода сайр қилиш, парваришlash, онанинг ижтимоий ҳолати, маълумот даражаси, уй шароити, оиладаги руҳий ҳолат ҳисобланади.

Тиббий-биологик омилларга яна туғилиш жараёнидаги патологиялар, диатезлар, 1- ва 2-даражали рахит, 1- ва 2-даражали гипотрофия, гипохром анемия, ҳомиладорлик токсикозлари, ҳомиланинг катталиги, ҳомилалик давридаги касалликлар, муддатдан ўтиб туғиш, ҳисоб рақами бўйича туғруқнинг

юқори даражадалиги, туғруқ даврида қон кетишлар киради.

Тиббий-ташкилий омилларга эса амбулатор-поликлиник ва стационар даволаш ишлари тўлиқ ташкил қилинмаганлиги, касалхоналарда ички юқумли касалликларнинг тарқалиши, шифокор назоратининг доимий олиб борилмаслиги, диетотерапия ва антибиотикотерапиядаги хатоликлар, ўз вақтида госпитализация қилмаслик, амбулатор даволаш ишларининг “йўқлиги”, касаллик кеч аниқланганлиги, шифокорлар малакасининг пастлиги киради.

Кўп миллатли мамлакатимизда ҳар хил урф-одатлар, маданий ва маълумот даражаси, коммуникация, табиий ва иқлим ҳолатларининг хилма-хиллиги, демографик ўзгаришлар гўдаклар ўлимини камайтиришга қаратилган тадбирларни бажаришда бир қатор қийинчиликларни келтириб чиқаради.

Социологик текширувлар шуни кўрсатадики, оила кураётган ёшлар орасида касалликларнинг учраши, никоҳсиз болалар туғилиши ўз навбатида болалар ўлимига таъсир этади. Шу қаторда оилаларнинг бузилиши, ажрალიшлар сонининг кўпайиши, никоҳсиз болалар туғилиши оналар саломатлигига ҳам салбий таъсир этади.

Мутахассисларнинг ёзишича, гўдаклар ўлимининг асосий сабабларидан бири пневмония бўлиб, бунга она сути берилмаслиги, яъни табиий овқатлан-тирмаслик, болаларни эрта сунъий ва аралаш овқатлантириш, ота-онада ёмон одатларнинг бўлиши, овқатлантириш тартибининг бузилганлиги, болани яхши парвариш қилмаслик, болага онанинг аҳамият бермаслиги, она ва ота маълумотининг пастлиги, болага бошқа шахсларнинг парвариши, болани хоҳламаслик, никоҳсиз туғилганлик ва кўп болалик омил бўлади.

Хулоса сифатида шуни айтиш мумкинки, болалар саломатлигига, касалланиш ва ўлим даражасига таъсир қилувчи қатор омиллар мавжуд экан, комплекс тиббий-ижтимоий ўрганишни,

шунингдек, соғломлаштириш чора-тадбирларини ишлаб чиқишни талаб этади.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ДИАТЕЗОВ У ДЕТЕЙ В ЗОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Маткаримова Д.С., Рахманова У.У.,
Абдуллаев Р.Б., Дусчанов Ш.Б. -
Ургенчский филиал Ташкентской
медицинской академии

Аннотация: *иммун микротромбоваскулит (ИМТВ) ва иммун тромбоцитопения (ИТП) болаларда ҳозирги кунгача тўлиқ ўрганилмаганлиги сабабли мавзу долзарб ҳисобланади.*

Орол бўйида яшовчи иммун микротромбоваскулит (ИМТВ) ва иммун тромбоцитопения (ИТП) билан касалланган ёш болаларда касалликнинг кечилиш механизми хусусиятларини баҳолаш. Тегириши учун Орол бўйида яшовчи, ёши 5-10 гача бўлган 75 нафар бемор (30 ИМТВ билан, 35 ИТП билан касалланган) олинди. Тегириши учун беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ – 30 нафар бемор ИМТВ нинг II оғирлик даражаси, 2-гуруҳ - 35 нафар бемор ИТП билан касалланган. Тегиришлар натижасида ИМТВ ва ИТП касаллиги ривожланишида гемостаз системасида ва NO₂ бузилишлар мавжудлиги аниқланди.

Калит сўзлар: *иммун микротромбоваскулит, иммун тромбоцитопения, Орол бўйи.*

Аннотация: *иммунный микротромбоваскулит (ИМТВ) и иммунная тромбоцитопения (ИТП) практически не изучены у детей, что свидетельствует об актуальности и необходимости дальнейшего изучения.*

Целью исследования явилось оценка особенностей патогенетических механизмов течения иммунного

микротромбоваскулита и иммунной тромбоцитопении у детей, проживающих в зоне Южного Приаралья. В исследование включено 75 детей (30 с ИМТВ и 35 с ИТП), проживающих в зоне Южного Приаралья в возрасте от 5 до 10 лет. Обследуемые были распределены на 2 группы: 1-ю группу составило 30 больных с ИМТВ со II степенью тяжести, 2-ю -35 больных с ИТП. В результате проведенного исследования выявлено, что при развитии ИМТВ и ИТП наблюдаются значительные нарушения в системе гемостаза и оксида азота в сравнении с группой контроля, что определяет особенности их патогенетического течения.

Ключевые слова: *иммунный микротромбоваскулит, иммунная тромбоцитопения, Приаралье.*

Abstract: *as immune microthrombotic vasculitis (IMTV) and immune thrombocytopenia (ITP) is practically not studied among children in certain regions of our Republic, this issue is important and wider researches should be done on it. The purpose of thy study is to evaluate the peculiarities of the pathogenetic mechanisms of immune microthrombotic vasculitis and immune thrombocytopenia in children living in the area of the Southern Aral Sea. In the area, 75 children between the ages of 5 to 10 years (30 and 35 IMTV ITP) were examined. During the medical examination, the children were divided into 2 groups: group 1 included 30 patients with second level severity of IMTV and the 2nd group included 35 patients with ITP. From the result we can see that in the development of IMTV and ITP there are significant abnormalities in the system of hemostasis and nitrogen oxide in comparison with the control group.*

Key words: *immune microthrombotic vasculitis, immune thrombocytopenia, the Aral Sea regions.*

Среди общей проблемы геморрагических диатезов особое внимание представляют иммунный микротромбо-

васкулит (ИМТВ) и иммунная тромбоцитопения (ИТП). Данная проблема практически не изучена у детей с учетом отдельных регионов нашей Республики, что свидетельствует об её актуальности и необходимости дальнейшего изучения.

Цель. Оценить особенности патогенетических механизмов течения иммунного микротромбоваскулита и иммунной тромбоцитопении у детей, проживающих в зоне Южного Приаралья.

Материалы и методы. В исследование включено 75 детей (30 с ИМТВ и 35 с ИТП), проживающих в зоне Южного Приаралья в возрасте от 5 до 10 лет. Обследуемые были распределены на 2 группы: 1-ю группу составило 30 больных с ИМТВ со II степенью тяжести, 2-ю - 35 больных с ИТП. Диагноз верифицирован на основании клинико-лабораторных данных. Контрольную группу составило 40 условно здоровых детей сопоставимого возраста.

В соответствии с задачами исследования в каждой группе производили оценку системы некоторых показателей гемостаза и оксида азота (NO) в сыворотке крови.

Изучение гемостаза включало определение времени свертывания крови (ВСК) по Фонио (1980); подсчет числа тромбоцитов в камере Горяева с применением фазово-контрастного микроскопа; активированного частичного тромбопластинового времени плазмы (АЧТВ) по Gaen J. и соавт. (1968); гемолизат-агрегационного (ГАТ) теста по Л.З. Баркагану (1986); фибриногена по Р.А. Рутберг (1961).

Исследование NO-системы включало определение уровня NO по сумме метаболитов нитратов и нитритов (NO_2 и NO_3) по Голикову П.П. и соавт. (2000), активность НАДФН-диафоразы (NOS) по Норе V.T., Vinsent S.R.S. (1989) в модификации Комарина А., Азимова Р. (2005), уровень пероксинитрита (ONOO^-) по окислению гидроксиламино (NH₂O).

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием пакета

стандартных статистических программ "Statistic for Windows". Достоверными данные считались при уровне различия $P < 0,05$.

Результаты и выводы. В соответствии с задачами исследования мы изучили патогенетические особенности течения ИМТВ и ИТП у детей проживающих в зоне Южного Приаралья по состоянию показателей гемостаза и системы оксида азота в сыворотке крови.

Изучение показателей гемостаза выявило их отклонения в обеих группах. Так, в 1-й группе по отношению к контролю отмечено укорочение ВСК ($135,4 \pm 6,0$ сек) и АЧТВ ($31,0 \pm 2,4$ сек), повышение агрегации тромбоцитов при ГАТ 10^{-2} ($12,2 \pm 0,3$ сек) и 10^{-6} ($18,6 \pm 0,8$ сек) и уровня фибриногена ($4,6 \pm 0,1$ г/л). Во 2-й группе больных выявлено удлинение ВСК ($324,2 \pm 3,8$ сек) и АЧТВ ($52,0 \pm 1,1$ сек), снижение количества тромбоцитов до $80,4 \pm 6,2 \times 10^9$ /л и ГАТ при 10^{-2} ($20,8 \pm 0,4$ сек) и 10^{-6} ($44,4 \pm 0,5$ сек), уровень же фибриногена оставался в пределах нормы.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии нарушений в системе гемостаза в обеих изученных группах больных, однако эти изменения носят противоположный характер. Так в 1-ой группе наблюдалось напряжение системы гемостаза, т.е. гиперкоагуляция, во второй же группе наоборот, отмечалась снижение коагуляционной активности.

Изучение состояния NO-системы в крови больных ИМТВ показало, что в сравнении с контролем в 1-ой группе уровень NO и активность NOS в крови снижались в среднем в 2,5 и 1,9 раз, а содержание ONOO^- , активность ферментов HP и НАДФН-оксидазы повышались в 8,7; 6,2 и 2,7 раза соответственно. Во 2-ой группе уровень NO в крови понижался в среднем в 1,9 раз, активность NOS снижалась в 1,7 раз, что связано с выраженными изменениями эндотелия сосудов вследствие асептического их воспаления. В то же

время наблюдалось повышение содержания высокотоксичного ONOO^- в 4,8 раз, активности фермента HP в 3,8 раз и активности НАДФН-оксидазы в 2,5 раза по отношению к контролю.

Полученные нами результаты исследования NO-системы отражают наличие и степень выраженного нарушения в состоянии системы оксида, что является при ИМТВ и ИТП ранним предвестником гемостазиологических осложнений. Эти данные свидетельствуют о дисбалансе в изученных системах, создающем тем самым предпосылки для прогрессирования нарушений при этих заболеваниях.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что при развитии ИМТВ и ИТП наблюдаются значительные нарушения в системе гемостаза и оксида азота в сравнении с группой контроля, что определяет особенности их патогенетического течения.

**БОЛАЛАР НОГИРОНЛИК
ДАРАЖАСИГА ИЖТИМОЙ-
ГИГИЕНИК ОМИЛЛАРНИНГ
ТАЪСИРИ (ТОШКЕНТ ШАҲАР
ОЛМАЗОР ТУМАНИ
МАЪЛУМОТЛАРИ АСОСИДА)**

**Собирова С.Ж., Жуманиёзов К.Й. -
Тошкент тиббиёт академияси
Урганч филиали**

Аннотация: республикада ногиронлик динамикасини тавсифловчи марказ ва Тошкент шаҳар Олмазор тумани тиббий ҳисобот ҳужжатлари ўрганилди. 14 ёшгача бўлган ногирон болаларнинг 328 нафари ўғил (59%) болалар ва 230 нафари қиз (41%) болалар, уч ёшгача бўлган ногирон болалар сони 72 нафар бўлиб, улардан 37 нафари ўғил (51,4%) ва 35 нафари қиз (48,6%) болаларни ташкил қилди.

Калит сўзлар: болалар ногиронлиги, Олмазор тумани.

Аннотация: изучены статистические данные республиканского центра инвалидности и медицинские отчеты Алмазарского района г.Ташкента. Инвалидность у детей до 14 лет составила у мальчиков 328 (59%), а у девочек 230 (41%). Инвалидные дети до 3 лет всего составили 72, из них 37 (51,4%) - мальчики, 35 (48,6%) - девочки.

Ключевые слова: детская инвалидность, Алмазарский район.

Abstract: statistical data of the centre for invalids in the Republic and medical reports of Almazar district in Tashkent city were studied. Disability of children up to 14 years old makes up 328 (59%) boys, 230 (41%) girls. Number of disabled children up to 3 years old is 72 and 37 of them (51.4%) are boys and 35 are girls (48,6%).

Key words: disability of children, Almazar district.

Болалар ногиронлиги – жамиятимизнинг ҳозирги вақтдаги энг муҳим тиббий-ижтимоий муаммоларидан бири. Саломатлигида жиддий бузилиш бўлган болаларнинг сони ўсиб бормоқда, аммо ногиронликни олдини олиш ва ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш тизими керакли даражада йўналтирилмаган [1, 2, 4].

ЖССТ аниқлашича, болаларда ногиронлик – бу организм функциялари қатъий бузилиши билан кечадиган бола саломатлиги издан чиқиши жараёни бўлиб, касалликлар, жароҳатланишлар ва туғма нуқсонлар асоратларига асосланган, оқибатда ижтимоий ёрдам ва оила ғамхўрлигига, муҳтожликка олиб келувчи ҳаёт фаолиятининг сезиларли чекланиши ва ижтимоий қайта мослашувга олиб келади [4, 6].

Тадқиқотдан мақсад Тошкент шаҳар Олмазор туманида яшовчи 3 ёшгача бўлган болаларнинг ногиронлиги сабабларини комплекс ўрганиш ва ногирон болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини оширишни илмий жиҳатдан асослаш.

Тадқиқот материаллари сифатида Республикада ногиронлик динамикасини тавсифловчи давлат статистикасининг 2010 - 2011 йиллар расмий маълумотлари ва Тошкент шаҳар Олмазор тумани тиббиёт бирлашмасининг бирламчи тиббий ҳисобот ҳужжатларидан фойдаланилди.

Тадқиқот усули: ижтимоий-гигиеник ва математик-статистик.

Олмазор туманининг аҳоли сони 315300 ни ташкил этади ва улардан 80637 нафари (25,6%) 14 ёшгача бўлган болалар бўлса, 14195 нафари (4,5%) уч ёшгача бўлган болалардан иборатдир.

Туманда 14 ёшгача бўлган 558 нафар ногирон бола расмий рўйхатга олинган бўлиб, улардан 72 нафари уч ёшгача бўлган ногирон болалардир ва бу умумий болалар ногиронлигининг 12,9 фоизини ташкил қилади. 14 ёшгача болаларнинг 47,8% (38560 нафари) ни ўғил болалар, 52,2% (42077 нафари) ни қиз болалар ташкил этади. Умумий болалар ногиронлиги жинс таркиби қуйидагича: 328 нафари ўғил (59%) болалар ва 230 нафари қиз (41 %) болалардан иборат (1-жадвал).

3 ёшгача болаларнинг 46,3% (6572 нафари) ни ўғил болалар, 53,7% (7623 нафари) ни қиз болалар ташкил этади. Уч ёшгача бўлган 72 нафар ногирон

болаларнинг жинс таркиби ўрганилганда, уларнинг 37 нафарини ўғил болалар (51,4 %) ташкил қилган бўлса, 35 нафарини ёки (48,6%) ни қиз болалар ташкил қилди.

Тошкент шаҳри бўйича болалар ногиронлиги даражаси ҳар 10000 болага нисбатан ўртача 67 нафарни ташкил қилган.

Олмазор туманида 1 – 3 ёшгача ногирон болаларнинг 51,4% ни ўғил болалар ташкил этади, 48,6 % ни қиз болалар ташкил этади. Бундан кўриниб турибдики, 0 ёшдан 1 ёшгача жами ногирон болалар сони 15 нафарни ташкил қилиб, 0 – 3 ёшгача бўлган болаларнинг 20,8 % ни ташкил қилади. Улардан эса ногирон ўғил болалар жами 6 нафарни (16,2 %), ногирон қиз болалар эса 9 нафар бўлиб 25,7% ни ташкил қилган.

1 ёшдан 2 ёшгача жами ногирон болалар сони 20 нафарни ташкил қилиб, 0 – 3 ёшгача бўлган болаларнинг 27,7% ни ташкил қилади. Улардан эса ногирон ўғил болалар жами 9 нафар бўлиб 24,3% ни, ногирон қиз болалар эса 11 нафар бўлиб 31,4% ни ташкил қилган.

2 ёшдан 3 ёшгача жами ногирон болалар сони 37 нафарни ташкил қилиб, 0 – 3 ёшгача бўлган болаларнинг 51,5% ни ташкил қилади. Улардан эса ногирон ўғил болалар жами 22 нафарни (59,5%),

1-жадвал

Олмазор тумани аҳолисининг кўрсаткичлари таҳлили

№	Кўрсаткичлар	Олмазор тумани					
		Сони	%	Ўғил болалар		Қиз болалар	
				сони	%	сони	%
1	14 ёшгача бўлган болалар	80637	25,6	38560	47,8	42077	52,2
2	3 ёшгача бўлган болалар	14195	17,6	6572	46,3	7623	53,7
3	14 ёшгача бўлган ногирон болалар	558	0,7	328	59	230	41
4	3 ёшгача бўлган ногирон болалар	72	0,09	37	51,4	35	48,6
	Жами аҳоли сони	315300	100	-	-	-	-

2-жадвал

Олмазор туманидаги 0-3 ёшли болаларда ногиронликнинг жинс бўйича тақсимланиши

Болаларнинг ёши	Ўғил болалар	Қиз болалар	Жами
0 ёшдан – 1 ёшгача	6 -16,2%	9 – 25,7%	15 – 20,8%
1 ёшдан – 2 ёшгача	9 – 24,3%	11 – 31,4%	20 – 27,7%
2 ёшдан – 3 ёшгача	22 – 59,5%	15 – 42,9%	37 – 51,5%
Жами	37 – 100%	35 – 100%	72 – 100%

ногирон қиз болалар эса 15 нафар бўлиб 42,9% ни ташкил қилган. 2-жадвалдан кўриниб турибдики, 0 – 3 ёшгача бўлган ногирон болалар сони 2 -3 ёшгача бўлган болалар бошқа, яъни 0 -1 ва 1 -2 ёшдаги болаларга қараганда кўп бўлганлиги кузатилди (37 – 51,5%).

Хулоса:

1. Инсоният жамиятининг маълум қисмини ногирон болалар ташкил этади ва улар тиббий-ижтимоий ёрдамга муҳтож.

2. Тошкент шаҳрининг Олмазор туманида 0- 3 ёшгача бўлган болалар ногиронлиги 14 ёшгача бўлган болалар ногиронлигининг 12,9 % ташкил этади.

3. Олмазор туманидаги 0 - 3 ёшгача бўлган ҳар 2 нафар ногирон боланинг 1 нафари 2 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар (51,5 %) ҳиссасига тўғри келади.

4. Шу тумандаги 0 - 3 ёшгача бўлган ногирон болалар орасида ўғил болалар (51,4%), қиз болаларга (48,6%) нисбатан кўпроқ.

Адабиётлар:

1. Абдуфаттаев А.А. Ўзбекистон Республикаси аҳолиси меҳнатга яроқлилиги қатъий харажатларининг тиббий-ижтимоий қирралари: тиб.фан.док. дис. автореф. – Тошкент: Тошкент педиатрия тиббиёт инс-ти, 2004. 29 б.

2. Асадов Д.А., Шарипова М.К. Болалиқдан ногиронлик сабабли иқтисодий йўқотишлар ва уларни камайтириш бўйича тиббий тадбирлар

ўтказиш йўллари // Педиатрия (ўзб). - Тошкент, 2003. № 7. – Б. 6-10.

3. Зелинская Д.И. Болалар ногиронлиги Соғлиқни сақлаш муаммоси сифатида // РФ ССТ илмий нашри. – М., 2008. №2. – Б. 23-26.

4. Овчаренко С.А. Россия Федерацияси Соғлиқни Сақлаш тизимининг болалиқдан ногиронлик муаммоларини ўрганишга услубий ёндашуви. 1993. №11. – Б. 21-23.

5. Кожоназаров К.К., Мамирова Р.О., Шишкина В.Г. Болалар ногиронлигининг тиббий-ижтимоий қирралари // Ўрта Осиё тиббиёти. – Тошкент, 1997. №5/6. – Б. 490-493.

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОТОКСИ-
ЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

**Павлов Б.П., Халматова Б.Т.,
Бабаева У.Р. - Ташкентская
медицинская академия**

Аннотация: эрта ёшдаги болалар нейтроксикоз билан касалланганда, уларнинг иммун ҳимоя тизимининг ҳолати комплекс тадқиқ қилинди.

Калит сўзлар: болалар нейротоксикози, иммун тизими, адаптация.

Аннотация: проведено комплексное исследование состояния системы иммунной защиты при нейротоксикозе у детей раннего возраста.

Ключевые слова: нейротоксикоз детей, иммунная система, адаптация.

Abstract: complex researches were conducted on conditions of immune protection system during neurotoxic diseases of children at early ages.

Key words: children's neurotoxicosis, immune system, adaptation.

Физиологические особенности детей раннего возраста часто способствуют тяжелому, токсическому течению острых респираторных заболеваний, то есть развитию нейротоксикоза.

Целью нашего исследования явилось изучение клинко-иммунологических особенностей у детей с нейротоксическим синдромом при острой респираторной инфекции. Нами было проведено клинко-иммунологическое исследование 21 ребенка первых 3-х лет жизни с заболеваниями органов дыхания, осложненных нейротоксическим синдромом (основная группа). 25 детей без нейротоксикоза составили группу сравнения. Контрольную группу составили 20 «условно» здоровых детей аналогичного возраста. Субпопуляционный состав лимфоцитов в периферической крови определяли при помощи моноклональных антител к маркерам CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD25, CD38, CD95. Определение концентрации IgA, IgM, IgG проводили методом радиальной иммунодиффузии (Manchini, 1969). Статистическую обработку материала выполняли с использованием *t* критерия Стьюдента и корреляционного анализа. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Распределение основной группы по возрасту выявило преобладание детей до 1 года (68%). Клинически у всех детей с нейротоксикозом наблюдались признаки поражения ЦНС, наиболее постоянными проявлениями, которого явились

расстройства сознания (68%), судорожный синдром (67,5%), гипертермия (88,3%). Частыми симптомами нейротоксикоза были также вегетативные расстройства в виде диффузного цианоза (52,7%), мраморности кожных покровов (72,1%), нарушения сосудистых рефлексов (48,4%). Степень выраженности сдвигов в показателях иммунитета зависела от тяжести клинических проявлений и преморбидного фона ребенка. По нашим данным, у 75% детей обнаружена перинатальная энцефалопатия, 52,3% - увеличенная вилочковая железа, 65% - анемия; у каждого третьего ребенка – рахит, экссудативно-катаральный диатез, нарушения питания. К моменту настоящего заболевания 62% больных перенесли различные инфекции: ОРВИ, пневмония, ОКИ; у ряда детей отмечались судороги и септические осложнения.

Результаты анализа Т-клеточного звена иммунитета показали, что в среднем относительное содержание Т-лимфоцитов (CD3) у детей основной группы составило $58,4 \pm 4,3\%$, что достоверно выше, чем в группах сравнения ($p < 0,05$). У детей с увеличенной вилочковой железой отмечено резкое снижение CD3-клеток как по сравнению с детьми без тимомегалии, так и контрольной ($p < 0,05$).

При изучении иммунорегуляторных субпопуляций CD4 и CD8, у больных основной группы было выявлено достоверное их увеличение ($p < 0,05$). Относительное содержание CD8 клеток, выполняющих супрессорно-цитотоксическую функцию по отношению к В-лимфоцитам, было увеличено у детей без тимомегалии в 1,7 раза, а у детей с увеличенной вилочковой железой - в 1,2-1,3 раза.

Исследование показателей естественных киллеров (CD16) выявило рост относительного его содержания во всех группах, но особенно резкое его увеличение отмечено у детей без тимомегалии (в 2,5 раза). Это, видимо, является ответом на избыточное

образование Th1 лимфоцитов, что подтверждается увеличением количества CD25 клеток, с рецептором к ИЛ-2, продукту Th1.

У детей с нейротоксикозом также выявлено достоверное повышение как абсолютного, так и относительного количества В-лимфоцитов ($p < 0,05$).

У детей основной группы было выявлено подавление синтеза IgA и IgG, что является неблагоприятным признаком, так как на этом фоне возможно усугубление нейротоксикоза, которое в свою очередь может привести к усилению иммунодефицита и воспалительного процесса.

У детей с нейротоксикозом без тимомегалии отмечено наличие сильной положительной корреляции IgM-IgG и CD25-CD95 ($r=0,81$ и $r=0,54$ соответственно), которое свидетельствует о хороших адаптивных возможностях иммунной системы, тогда как у детей с увеличенной вилочковой железой отмечено резкое снижение адаптационной возможности иммунной системы ($r=0,20$ и $r=0$ соответственно).

У детей основной группы наблюдалось значительное повышение относительного количества CD25 клеток, превышая контрольные значения в 1,6 раза ($p < 0,05$).

Таким образом, комплексное исследование состояния системы иммунной защиты при нейротоксикозе у детей раннего возраста показало, что на течение нейротоксикоза оказывает влияние наличие у ребенка неблагоприятного преморбидного фона (ПЭП, увеличенная вилочковая железа, анемия). У детей с нейротоксикозом без тимомегалии выявлена сохранность адаптационных возможностей организма в отличие от детей с увеличенной вилочковой железой.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЕСПИРАТОРНЫЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ

Убайдуллаева Н.Н. - Кафедра
пульмонологии и клинической
аллергологии ТашИУВ

Аннотация: 1817 нафар ўсмир ва ёшларда тамаки чекишининг тарқалиши ва унинг нафас йўллари касаллигига таъсири ўрганилди. Анкета ўтказиши йўли билан олинган натижаларга кўра, ўсмир ва ёшлар ўртасида тамаки чекишининг тарқалиши 17,7% ни ташкил қилди. 109 нафар кишида чекиш билан нафас йўллари касаллиги ва ташиқи нафас олиши функциянинг ҳолати ўртасидаги алоқа ўрганилди.

Калим сўзлар: чекиш, респиратор касалликлар, ўсмирлар ва ёшлар.

Аннотация: изучено распространённость табакокурения и его влияние на респираторный статус среди 1817 подростков и юношей. Результаты анкетирования показали, что распространённость табакокурения среди подростков и юношей составляет 17,7%. Изучена взаимосвязь курения с респираторными симптомами и состоянием функции внешнего дыхания у 109 человек.

Ключевые слова: табакокурение, респираторные заболевания, подростки и юноши.

Abstract: spreading of tobacco smoking among 1817 youths and teenagers and its influence on respiratory status were studied. According to the results, which acquired by questionnaires, 17.7% youths and teenagers are smokers of tobacco. Correlation between respiratory symptoms with smoking and condition of respiratory function were investigated among 109 patients.

Key words: tobacco smoking, respiratory diseases, youths and teenagers.

Табакокурение является одним из агрессивных факторов риска, приводящих к раннему развитию заболеваний, несущих обществу большое социальное бремя. Широкое распространение табакокурения в различных странах мира приводит к снижению продолжительности жизни населения, что доказано многими научными исследованиями как отечественных, так и зарубежных авторов [2]. В последние десятилетия табакокурение среди лиц подросткового возраста приобрело массовый характер, без особых различий среди лиц женского и мужского пола. По оценкам ВОЗ более 150 миллионов подростков в мире употребляют табак, и это число неуклонно растет. В настоящее время около 5,4 миллиона человек умирают каждый год из-за болезней связанных с курением, которое является единственной и предотвратимой причиной смерти. Прогнозируется, что цифра возрастет до 8 и более миллионов в год к 2030 году. Если тенденция сохранится, то основная масса смертей случится в развивающихся странах, где каждый год будет умирать более 7 миллионов людей в результате болезней, связанных с табаком, а это больше, чем от малярии, травматизма и условий жизни вместе взятых [5].

Каждый пятый человек в мире - подросток, и образ жизни, привитый в юном возрасте, обязательно дает результаты в возрасте зрелом, трудоспособном. Такие привычки, как курение табака, отсутствие физической активности скажутся на формировании различных заболеваний, в том числе хронических, приводящих к ранней инвалидности, к снижению показателей функции внешнего дыхания и, как следствие, более низкой работоспособности, толерантности к физической нагрузке, раннему формированию хронических заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистой системы [1]. Известно, что развитие зависимости к никотину наиболее быстро происходит в молодом возрасте [4]. Поэтому основной

аудиторией для активной профилактики табакокурения считают молодежь, подростков, среди которых проблема формирования зависимости к табаку приобрела в последнее десятилетие характер эпидемии [7].

Одним из существенных пробелов в успешном решении проблем снижения вреда от табакокурения является отсутствие четкого научно обоснованного комплексного алгоритма (тактики) управления риском, связанным с курением табака.

Цель исследования: изучить распространенность табакокурения и его взаимосвязь с респираторными симптомами и состоянием ФВД.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось методом одномоментного выборочного анонимного анкетного опроса учащихся колледжей г. Ташкента и Ташкентской области. С учетом рекомендаций ВОЗ и Российского руководства по лечению табачной зависимости, нами был разработан специальный опросник, позволяющий собрать подробный анамнез курильщика, оценить степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), степень мотивации к отказу от курения, факторы мотивации к курению. Всем курильщикам рассчитывался индекс курящего человека (ИК). Объем исследуемой выборки составил 1817 подростков и юношей, в том числе 1330 (73,2%) мальчиков и 487(26,8%) девочек. Возраст опрошенных - $17,2 \pm 2,6$.

У 109 человек проведено углубленное обследование, включавшее определение функции внешнего дыхания (ФВД): объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1); форсированная жизненная емкость (ФЖЕЛ); жизненная емкость легких (ЖЕЛ); мгновенные максимальные объемные скорости при выдохе 25,50,75% ФЖЕЛ (МОС25,50,75); пиковая скорость выдоха (ПСВ), на аппарате «Мастерлаб» фирмы Ерих Егер (Германия).

Критерии ХОБЛ и курения устанавливались на основании вопрос-

ника ВОЗ: хронический бронхит (ХБ) при наличии кашля с мокротой почти каждый день, на протяжении трех месяцев в год, нерегулярный кашель с мокротой (НКМ) – при наличии кашля с мокротой по утрам и/или в течении дня или ночи в холодное время года, респираторные симптомы (РС) – при наличии регулярно или нерегулярного кашля с мокротой, респираторные нарушения (РН) – на основании наличия респираторных симптомов и/или нарушений функции внешнего дыхания, оцениваемые по критериям Клемента Р.Ф., курение – регулярное курение, по крайней мере, по одной сигарете в день.

Для статистической обработки материала использовалась система статистического анализа и доставки информации SAS (Statistical Analysis Sistem).

Результаты исследования.

Результаты анкетирования показали, что активными курильщиками среди обучающихся колледжа являются 17,7% человек, экс-курильщиками — 20,3% и некурящими 62% человек. Среди некурящих пациентов пробовали в своей жизни сигареты 76% человек. Таким образом, уже 40% опрошенных имели или имеют в настоящее время анамнез табакокурения. Средний возраст начала курения у студентов составил 16,2±2,6 лет. Следует отметить, что среди всех опрошенных 2,5% приобрели первый опыт курения в возрасте до 10 лет, 54,7% студентов начали курить в возрасте от 11

до 16 лет. Таким образом, 57,2% учащихся колледжа, начали курить еще в школьном возрасте. Средний показатель «пачки/лет» среди курильщиков составил 1,5 (2,5;4) пачки/лет. Средний показатель «пачки/лет» среди экс-курильщиков составил 0,4 (0,1;1,25) пачки/лет. Анализ данных показал, что большинство пациентов имеют слабую никотиновую зависимость - 35,5%, в тоже время 5,4% имеют высокую зависимость от никотина. Высокий процент опрошенных имеют слабую мотивацию к отказу от курения (41%).

Сопоставление показателей ФВД у лиц с ХБ, с НКМ и без РС (в % должных величин) показало, что средние значения практически всех параметров ФВД в группе лиц с НКМ были достоверно ниже, чем в группе лиц без РС. У лиц с симптомами ХБ значения ОФВ1, МОС50, МОС75 и ПСВ были достоверно ниже, чем у лиц без РС (табл.1).

Распределение лиц с разным статусом курения в группах обследованных с респираторными симптомами разной интенсивности представлено на рисунке 1. В группе «курящие» объединены лица курящие в прошлом и в настоящее время.

Анализ результатов показал, что средние показатели ФВД оказались ниже у курящих, по сравнению с группой никогда не куривших. Однако эта связь была статистически достоверной только для параметров ОФВ1/ФЖЕЛ, МОС₂₅ и ПСВ (p<0,05) (табл.2).

Таблица 1

Показатели функции внешнего дыхания у лиц с респираторными симптомами различной степени выраженности

Параметры ФВД (%Д)	Лица без РС n=22	Лица с НКМ n=30	Лица с ХБ n=57
ФЖЕЛ	82,95±1,4	78,89±2,8	78,11±2,25
ОФВ1	85,86±1,22	79,17±2,45*	76,31±1,97***
ОФВ1/ФЖЕЛ	103,83±1,28	101,23±2,55*	98,36±2,05*
МОС ₅₀	70,27±2,2	61,80±4,39**	57,84±3,54**
МОС ₂₅	52,39±2,04	42,74±4,08*	42,89±3,29*
МОС ₇₅	72,37±2,2	61,46±4,42*	58,93±3,56**
ПСВ	95,50±2,34	79,23±4,47**	76,31±3,61***

Примечание: *P<0,05; **P<0,001; ***P<0,0001, достоверность различий в отношении лиц без РС

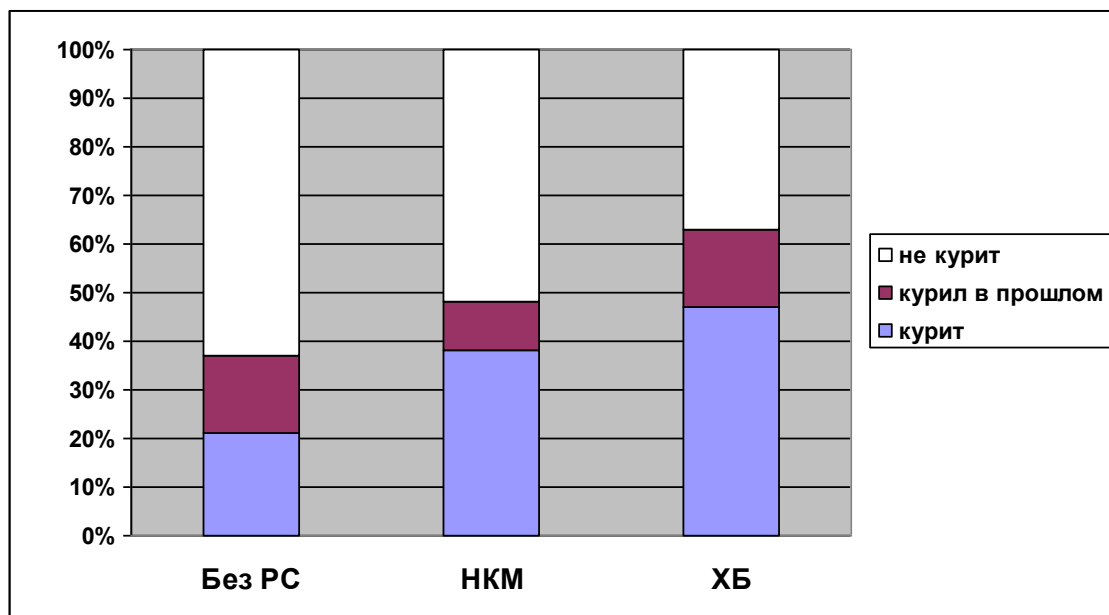


Рис.1. Связь между статусом курения и респираторными симптомами разной интенсивности

Отмечено достоверное снижение средних показателей ОФВ1 у курящих без РС по сравнению со «здоровыми» некурящими ($p < 0,005$), а также у курящих с НКМ ($p < 0,01$), и у курящих, имеющих ХБ ($p < 0,001$), по сравнению с условно здоровыми. Выявлено также достоверное снижение ОФВ1 у курящих с симптомами ХБ по сравнению с курящими - без РС: ($p < 0,05$). Отмечена статистически достоверная связь между снижением показателя ОФВ1/ФЖЕЛ у лиц курящих с ХБ по сравнению с остальными изучаемыми группами: со «здоровыми» ($p < 0,0001$), с некурящими имеющими НКМ ($p < 0,05$), с некурящими, имеющими ХБ ($p < 0,05$) и с курящими – без РС ($p < 0,05$). Выявлена аналогичная связь курения с другими скоростными показателями форсированного выдоха. Показатели МОС₅₀ были достоверно низкие, по сравнению со «здоровыми», у лиц некурящих с НКМ ($p < 0,01$), у некурящих с ХБ: ($p < 0,005$), у курящих без РС ($p < 0,01$), а также у курящих с ХБ ($p < 0,0001$). МОС₂₅ был достоверно ниже у лиц некурящих с симптомами ХБ, чем у «здоровых» ($p < 0,05$). Значения этого

параметра были достоверно снижены у всех курящих, как без РС ($p < 0,005$), так и с НКМ ($p < 0,005$) и ХБ ($p < 0,0001$), по сравнению со «здоровыми». Средние показатели МОС₇₅ были достоверно выше у «здоровых» по сравнению с некурящими с НКМ ($p < 0,01$), некурящими с ХБ ($p < 0,005$), а также по сравнению с курящими: без РС ($p < 0,001$), с НКМ ($p < 0,01$), и ХБ ($p < 0,0001$). Параметр ПСВ был достоверно выше у условно здоровых, по сравнению с некурящими с НКМ ($p < 0,0001$), с некурящими с ХБ ($p < 0,0001$), а также по сравнению с курящими: без РС ($p < 0,0005$), с НКМ ($p < 0,001$), и ХБ ($p < 0,0001$). У курящих с симптомами ХБ, параметр ПСВ был также достоверно ниже, чем у курящих, не имеющих респираторных симптомов (табл.3).

Таким образом, выявлена достоверная связь между показателями ФВД, статусом курения и РС. Связь показателей ФВД с сочетанием курения и РС оказалась высоко достоверно значимой для всех параметров ФВД, и более выраженной чем связь ФВД только со статусом курения.

Таблица 2

Показатели функции внешнего дыхания у курящих и некурящих

Параметры ФВД (%Д)	Некурящие n=43	Курящие n=66
ФЖЕЛ	80,21±1,85	79,76±2,03
ОФВ1	82,30±1,62	78,6±1,78
ОФВ1/ФЖЕЛ	103,62±1,69	98,66±1,85*
МОС ₅₀	64,87±2,91	61,74±3,20
МОС ₂₅	50,82±2,70	41,19±2,97*
МОС ₇₅	68,13±2,92	60,38±3,21
ПСВ	87,96±2,96	79,40±3,25*

Примечание: *P<0,05, достоверность различий в отношении некурящих лиц

Таблица 3

Показатели функции внешнего дыхания у лиц с респираторными симптомами различной степени выраженности (M±m)

Параметры ФВД (%Д)	Лица без РС n=22		Лица с НКМ n=30		Лица с ХБ n=57	
	1 некурящие	2 курящие	3 некурящие	4 курящие	5 некурящие	6 курящие
ФЖЕЛ	85,4±1,3	80,5±2,5	78,1±3,8	79,7±4,27	77,1±3,6* ¹	79,1±2,7* ¹
ОФВ1	89,9±1,2	81,8±2,2** ¹	79,2±3,2** ¹	79,2±3,73** ¹	77,8±3,1** ¹	74,8±2,4*** ¹
ОФВ1/ФЖЕЛ	105,8±1,2	101,8±2,3	102,7±3,3	99,8±3,89	102,4±3,3	98,4±2,1*** ¹
МОС ₅₀	75,8±2,1	64,8±3,9* ¹	59,6±5,8* ¹	63,9±6,7	59,2±5,6** ¹	56,5±4,3*** ¹
МОС ₂₅	58,2±1,9	46,6±3,6** ¹	47,9±5,4	37,6±6,2** ¹	46,4±5,2* ¹	39,4±4,0*** ¹
МОС ₇₅	79,5±2,1	65,2±3,9** ¹	63,1±5,8* ¹	59,8±6,7* ¹	61,8±5,6** ¹	56,1±4,3*** ¹
ПСВ	104±2,1	86,7±3,9** ¹	79,9±5,9*** ¹	78,6±6,8** ¹	79,8±5,7*** ¹	72,9±4,4*** ¹

Примечание: *P<0,05; **P<0,001; ***p<0,0001

¹ номер столбца, в отношении которого указана достоверность

Выводы:

1. Результаты анкетирования показали, что распространенность табакокурения среди подростков и юношей составляет 17,7%.
2. Установлена достоверная связь между показателями ФВД, статусом курения и РС, что указывает на скорость прогрессирования и выраженность симптомов зависит от воздействия этиологических факторов и их суммации.
3. Наблюдается значимая обратная корреляция между гиперреактивностью бронхов и ОФВ₁, что указывает на тесную связь между гиперреактивностью и риском развития ХОБЛ.

Литература:

1. Андреев П.М., Латыпов А.Г. Состояние функции внешнего дыхания у подростков // Казанский медицинский журнал. – Казань, 1994. - Т. XXV, №6. - С.461-462.
2. Бабанов С.А. Эпидемиология и профилактика табакокурения // Гигиена и санитария. 2002. № 3. - С.33-36.
3. Голуб Н.И. Влияние табакокурения на иммунную и неспецифическую резистентность. // Пульмонология. 1992. №1. - С.83-86.
4. Камардина Т.В., Глазунов И.С., Соколова Л.А., Лукичева Л.А. Распространенность курения среди

женщин России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002. - № 1. - С. 7-12.

5. Сапунова Н.О. Гигиеническое обоснование программы профилактики и охраны здоровья школьников в рамках проекта «Здоровые города»: автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 2005. - С. 18.

6. Скворцова Е.С. Распространенность и мотивы курения среди городских подростков-школьников РФ // Российский медицинский журнал. 1996. - № 6. - С. 14-17.

7. Чучалин А.Г. Табакокурение и болезни органов дыхания // Российский медицинский журнал. 2008. -Т. 16, № 22. - С. 1477.

ИБН СИНО АСАРЛАРИДА БАРКАМОЛ ВА СОҒЛОМ АВЛОДНИ ТАРБИЯЛАШ МАСАЛАСИ

Усманов Р.Д., Исоқов Э.З. -
Тошкент тиббиёт академияси Фарғона
филиали

Аннотация: ёш авлодни соғлом ва баркамол қилиб тарбиялашда буюк аждодларимизнинг асарларини, бой илмий меросимизни ўрганиши муҳим.

Калит сўзлар: баркамол авлод, Ибн Сино асарлари.

Аннотация: труды и богатое научное наследие наших великих предков позволит воспитывать здорового и гармонично развитого молодого поколения.

Ключевые слова: гармонично развитое поколение, труды Ибн Сины.

Abstract: rich scientific heritage and works of our great ancestors provide to bring healthy and well educated young generation.

Key words: perfect generation, works of Ibn Sino

Республикамизда Президентимиз ташаббуслари билан 2014 йилни “Соғлом бола йили” деб аталиши, мамлакатимизда соғлом авлодни дунёга келтириш ва уни

тарбиялаш масаласи энг устувор ижтимоий масала эканлигидан далолат бериб турибди.

Ҳар қандай жамият келажаги ёш авлоднинг қандай соғлом, баркамол инсон бўлиб шаклланиши, қандай таълим олиши ва қай тарзда тарбия олишига боғлиқ. Бу борада буюк аждодларимизнинг ушбу соҳада ёзиб қолдирган бой илмий меросини ўрганиш муҳим аҳамият касб этади.

Маълумки, йирик файласуфлар, олимлар, адиблар ўз асарларида ёш авлод тарбиясига, ахлоқ-одобга, илмий бўлишга, уларнинг жисмонан ва маънан баркамол соғлом бўлиб етишишга алоҳида аҳамият берганлар.

Мазкур масала юзасидан Ибн Сино қолдирган “Тиб қонунлари” асарининг I ва VII китобларида соғлом авлодни дунёга келтириш, зурриётнинг қай жинсда бўлиши, мўътадил ахлоқ ва истеъдод сирлари ҳамда бу ниятларни рўёбга ошириш амаллари ҳақида батафсил тўхталиб ўтган.

Буюк аллома Ибн Сино соғлом авлод тарбияси борасида ёшларни илм эгаллашга чақирган. У илм садоқатга етакловчи куч-қудратга эга эканлигини таъкидлаб, ёшларни жамиятга фойдали бўлган ишлар билан машғул бўлишга чорлайди.

Ибн Синонинг “Донишманд”, “Ҳидоят” каби нодир асарлари ҳам маърифатпарварлик ва инсонпарварлик ғояларига суғорилган бўлиб, ёш авлодни фан билан шуғулланиш, илмий билимларни эгаллаш улар томонидан одамни ҳақиқатга етиш учун ҳар доим интилишга ундовчи, шунингдек кишилар ўртасида ҳақиқий инсоний муносабатларни ўрнатишга йўлловчи қудратли куч сифатида шахс шаклланишининг энг муҳим омили эканлигини таъкидлаган.

Буюк аллома таълимотида инсон ўз тафаккури ёрдамида таълим-тарбия олиши, одоб-ахлоқ нормаларини эгаллаши, ўзи яшаётган жамият, инсонпарварлик хулқ-атворида хос маънавий-ахлоқий кўникмаларини ўзида

мужассамлаштириши лозим деб уқтиради.

Ибн Синонинг асарларидаги аждодларимизга хос бўлган буюк инсоний қадриятларга содиқ бўлиш, уни чуқур англаш ҳар бир ёш авлод ўз маънавий-руҳий онгини ва турмуш тарзини намунали тарзда шаклантириш йўлида муҳим аҳамият касб этади.

Бугунги кунда буюк табибнинг ушбу сабоқларига амал қилиш жисмонан ва руҳан соғлом авлод тарбиялашда муҳим аҳамиятга эгадир.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПИКФЛОУМЕТРИИ У ДЕТЕЙ С ЧАСТЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ В АНАМНЕЗЕ

Халматова Б.Т., Миррахимова М.Х.,
Абдуллаева Д.Т. - Ташкентская
медицинская академия

Аннотация: мақолада кичик кўкрак ёшида бир неча бор бронхиал обструкция синдромини ўтказган, ҳозирги кунда соғ ҳисобланган 7 ёшдан 14 ёшгача бўлган 284 боланинг ривожланиш тарихини ретроспектив текшириши ва болаларни проспектив текшириши натижалари келтирилган. Клиник ва инструментал текширувлар натижасида барча болалар учта гуруҳга ажратилган: бронхиал астмаси бор, бронхларнинг гиперреактивлиги бор ва соғлом болалар. Мақтаб ёшидаги болаларда пикфлоуметрия усулини қўллаш бронхлар обструкцияси даражасини аниқлаш, бронхиал астмани илк таъхис қилиш ва даво чораларини белгилаш учун самарали усул эканлиги кўрсатиб берилган.

Калит сўзлар: пикфлоуметрия, обструктив бронхит, респиратор инфекция.

Аннотация: в статье представлены данные ретроспективного изучения истории развития и результаты проспективного обследования 284 детей в возрасте от 7 до 14 лет, которые

страдали повторным обструктивным бронхитом в раннем возрасте и на момент обследования считались практически здоровыми. В результате клинических и инструментальных методов обследования все дети были разделены на три группы: дети с бронхиальной астмой, с гиперреактивностью бронхов и практически здоровые. Было показано, что измерение ПСВ у детей школьного возраста служит объективным параметром для оценки степени бронхиальной обструкции, раннего выявления детей с бронхиальной астмой и составления лечебных рекомендаций.

Ключевые слова: пикфлоуметрия, обструктивный бронхит, респираторная инфекция.

Abstract: the article is about retrospective studying of histories of development and includes results of prospective examinations of 284 children at the age from 7 to 14, who suffered from repeated obstructive bronchitis at their early ages and at the examination period were considered practically healthy. During the research, all children have been divided into three groups: children with a bronchial asthma, with hyperactivity of bronchial tubes and practically healthy. It was defined, that measuring PSA in children of school age serves as objective parameters for estimation of bronchial obstruction degree, early revealing of bronchial asthma in children and making up medical recommendations.

Key words: picflowmetry, obstructive bronchitis, respiratory infection.

В последние годы практикующим врачам все чаще приходится встречаться с таким состоянием как бронхиальная обструкция. Являясь достаточно распространенным патологическим состоянием во всех возрастных группах, бронхообструктивный синдром в раннем возрасте регистрируется у 10-30% детей, т. е. хотя бы один раз в жизни бронхоспазм возникает у каждого 4-го

ребенка до 3 лет [2,3,6]. Это обусловлено, прежде всего, анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания, в силу которых воспалительный отек и гиперсекреция легко блокируют узкие дыхательные пути. Предупреждение формирования рецидивирующего обструктивного бронхита и его трансформации в бронхиальную астму является непростой задачей для каждого врача общей практики. При этом нужно помнить, что скрываясь под маской острой респираторной вирусной инфекции с обструктивным бронхитом, бронхиальная астма иногда на протяжении длительного времени не распознается, и дети не получают адекватную терапию [4,5]. Начальные проявления бронхиальной астмы у детей раннего возраста, нередко носят характер бронхообструктивного синдрома, сопровождающего респираторные вирусные инфекции. Вместе с тем, как показали отдаленные наблюдения (спустя несколько лет после госпитализации по поводу обструктивного синдрома) более половины из числа этих детей страдают типичной бронхиальной астмой [1].

Диагностика БА у детей и подростков иногда вызывает у врачей трудности, приводящие к ошибкам. Некоторые врачи общей практики считают, что диагностировать астму можно лишь в стационаре, дети при этом не получают своевременно базисной терапии, заболевание прогрессирует, развиваются тяжелые осложнения, наступает инвалидность. Частота ошибочных диагнозов при БА у детей колеблется от 5 до 20%.

В педиатрии выявление детей группы риска по бронхиальной астме и мониторинг бронхиальной астмы с помощью пикфлоуметрии еще не получил широкого признания. Одной из основных задач педиатра является донесение до родителей ребенка, страдающего бронхиальной астмой, а в случаях с подростками до сознания самого ребенка важности динамического

исследования функционального состояния легких.

Методы исследований.

Обследовано 284 детей в возрасте 7-14 лет, которые в раннем возрасте неоднократно болели обструктивным бронхитом. Из них 230 детей отобраны в детских поликлиниках г. Ташкента, остальные 54 ребенка длительно наблюдались в клиниках детских болезней Ташкентской медицинской академии с верифицированным диагнозом обструктивный бронхит, рецидивирующий обструктивный бронхит.

План обследования детей включал тщательный сбор анамнестических данных, ретроспективное изучение медицинской документации о течении заболевания, оценку особенностей клинических проявлений в динамике.

Степень сужения воздухоносных путей определяли с помощью пикфлоуметрического метода (ПСВ).

Результаты исследований.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе проведено катamnестическое обследование 284 детей из поликлиники, которые страдали повторным обструктивным бронхитом в раннем возрасте и на момент обследования считались практически здоровыми.

После тщательного обследования все дети были выделены в три группы:

1-я группа - 33 детей с atopической бронхиальной астмой;

2-я группа - 113 детей с гипертвoспpимчивoстью дыхательных путей при отсутствии симптомов бронхиальной обструкции;

3-я группа - 138 практически здоровых детей.

Всем детям трижды проводили пикфлоуметрию. Тест выполняется в положении стоя. Ребенку необходимо объяснить, что он должен набрать в легкие как можно больше воздуха, а затем выдохнуть этот воздух максимально быстро. Форсированный выдох выполняется трижды, и

максимальное значение выбирается в качестве исходного.

При проведении пикфлоуметрии мы выбирали наивысший результат и фиксировали его. Полученные данные сравнивали с должными величинами соответствующими возрасту, полу и росту исследуемого или индивидуальной наилучшей величиной ПСВ.

В идеале пикфлоуметрия должна проводиться утром, сразу после подъема с постели, когда значения ПСВ близки к наихудшим величинам, и быть последней процедурой вечером, то есть когда значения достигают своих наилучших величин.

Интерпретацию данных проводили в соответствие со следующими значениями:

- ПСВ > 90% от должной величины – норма;
- ПСВ = 80-89% от должной величины – условная норма, нуждается пациент в динамическом наблюдении;
- ПСВ = 50-79% от должной величины – умеренное снижение, пациенту требуется усиление терапии;
- ПСВ < 50% от должной величины – резкое снижение, больному необходима госпитализация.

Для того чтобы помочь врачу, пациенту и его родителям контролировать течение бронхиальной астмы, были разработаны специальные зоны (зеленая, желтая, красная). В соответствии с этими зонами врач устанавливает нижние границы значения ПСВ, равные 80 и 60% от должного значения ПСВ (или от лучшего результата, полученного у ребенка вне периода обострения).

Зеленая зона - показатель нормы. Физическая активность и сон не нарушены, симптомы болезни минимальны или отсутствуют. PEF > 80% должных или лучших индивидуальных показателей. Суточный разброс показателей не превышает 20%. Терапия определяется тяжестью течения астмы. При сохранении стабильного состояния в течение не менее 3 мес.

может ставиться вопрос об отмене или уменьшении объема терапии.

Желтая зона - сигнал внимания. Появляются клинические симптомы астмы в виде кашля, свистящих хрипов, одышки (особенно ночью), тяжести в груди. Снижается активность, нарушается сон. ПСВ - 60-80% от должных или лучших индивидуальных значений с суточным разбросом 20-30%. Переход в желтую зону указывает на начинающееся или развившееся обострение. Необходим прием препаратов в соответствии с назначениями врача при этой клинической ситуации, при необходимости усиление базисной терапии.

Красная зона - сигнал тревоги. Симптомы астмы присутствуют в покое и при нагрузке. Отмечаются кашель, одышка с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры. Значение ПСВ < 60% от должных или лучших индивидуальных значений с суточным разбросом более 30%. Необходим прием препаратов для экстренной помощи, незамедлительное обращение за медицинской помощью. Переход в красную зону свидетельствует о необходимости пересмотра плана медикаментозной терапии в зеленой зоне.

На момент обследования дети 1-й группы предъявляли жалобы на одышку при физической нагрузке, респираторных инфекциях, кашель по ночам. На основании анамнестических (данных приступы затрудненного дыхания под действием неинфекционных триггеров, эффективно купирующиеся бронхолитиками), а также результатов клинко-лабораторного обследования у всех этих детей была диагностирована атопическая бронхиальная астма легкого течения, не распознанная ранее на протяжении 4-10 лет. При проведении пикфлоуметрии было выявлено, что данные этих детей в основном находятся в желтой зоне (400±15).

Дети 2-й группы предъявляли жалобы на затрудненное дыхание в основном после физической нагрузки.

Изучение анамнестических данных показал, что у большинства из них в раннем возрасте бронхообструктивный синдром протекал тяжело и длительно. Дети неоднократно госпитализировались.

Данные пикфлоуметрии детей 2-й группы показали у большинства детей переходные значения соответствующие желто-зеленой зоне (450 ± 35).

У детей 3-й группы жалоб на момент обследования не было. Физическое развитие детей соответствовало возрасту. Данные пикфлоуметрии показали принадлежность их данных к зеленой зоне (нормальные величины). Бронхообструктивный синдром в раннем возрасте, по-видимому, у них был обусловлен повторным вирусным обструктивным бронхитом. В дальнейшем они были практически здоровы.

Обсуждение.

Диагностика астмы в раннем возрасте является сложной задачей, поскольку эпизоды свистящих хрипов и кашель - наиболее частые симптомы при различных заболеваниях органов дыхания у детей первых лет жизни. При этом анализ данных литературы показывает, что к пубертатному периоду бронхиальной астмой страдают около 10-50 % детей с повторными обструктивными бронхитами в раннем детстве [4, 3].

В практической медицине к детям, которые в раннем возрасте часто болели респираторными заболеваниями с обструктивным синдромом, относятся не внимательно. Во время не проводятся реабилитационные мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей, по укреплению организма ребенка.

Нормальные показатели функции внешнего дыхания в периоде ремиссии бронхиальной астмы не означают отсутствия гиперреактивности бронхов, а неполное восстановление бронхиальной проходимости в периоде ремиссии почти всегда сопровождается бронхиальной гиперреактивностью. Эти данные

подчеркивают важность функционального контроля за полной восстановлением бронхиальной проходимости у детей с частыми приступами бронхиальной обструкции в раннем возрасте.

Выводы:

1. Детям с повторными эпизодами бронхообструкции в анамнезе в динамике нужно проводить пикфлоуметрию для своевременного выявления степени сужения воздухоносных путей. Измерение ПСВ у детей школьного возраста в поликлинике, стационарах, домашних условиях служит объективным параметром для оценки степени бронхиальной обструкции и составления лечебных рекомендаций. Техника пикфлоуметрии, правильность интерпретации полученных данных и адекватность реагирования на изменение показателей должны контролироваться врачом и родителями.

2. Прогнозирование риска развития бронхиальной астмы с помощью пикфлоуметрии позволяет влиять на этот процесс, своевременно определять необходимость в обследовании и лечении ребенка уже при первых симптомах заболевания.

Литература:

1. Ласица О.И., Ласица Т.С. Бронхиальная астма в практике семейного врача. – Киев: ЗАО "Атлант UMS", 2001.
2. Котлуков В.К., Бычков В.А., Кузьменко Л.Г. Упорно рецидивирующая обструкция бронхов у часто болеющих детей раннего возраста без атопии // Педиатрия. - М., 2006. №5. – С.42-47.
3. Brandt P.L., Hoekstra M.O. Diagnosis and treatment of recurrent coughing and wheezing in children younger than 4 years old. Ned Tijdschr Geneesk. 1997. V. 14. S. 1. – P. 467-470
4. Brugman S.M., Larsen G.L. Asthma in infants and small children. – Chest, 1995. V. 16. S. 4. - P. 637-656
5. Sears M.R. Descriptive epidemiology of asthma. – Lancet, 1997. 350. V. 11. - P. 1-4.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Халметов Р.Х., Камилова Р.Т.,
Исакова Л.И. - НИИ санитарии,
гигиены и профзаболеваний МЗ РУз

Аннотация: Тошкент шаҳрида жойлашган Республика олимпия захиралари коллежи ва спорт мактабларининг 12 ёшдан 17 ёшгача бўлган 800 нафар ўқувчиси соҳа мутахассисларини жалб қилган ҳолда, чуқур тиббий кўриқдан ўтказилди ва уларнинг касалликлари ўрганилди.

Калим сўзлар: ёш спортчилар, касаллик тизими.

Аннотация: методом углубленного медицинского осмотра, с привлечением узких специалистов различного профиля, изучена заболеваемость среди 800 учащихся от 12 до 17 лет Республиканского колледжа олимпийского резерва и спортивных школ, расположенных в г.Ташкенте.

Ключевые слова: юные спортсмены, структура заболевания.

Abstract: eight hundred 12-17 years old pupils of the Olympic reserves college of the Republic and sports schools in Tashkent city were examined deeply and their sickness rate was investigated by specialists.

Key words: young athletes, structure of sickness.

Цель исследования: выявить уровень и структуру заболеваемости учащихся-спортсменов.

Объект и методы исследования. Методом углубленного медицинского осмотра, с привлечением узких специалистов различного профиля, изучена заболеваемость среди 800 учащихся от 12 до 17 лет Республиканского колледжа олимпийского резерва и спортивных школ, расположенных в г.Ташкенте.

Научные исследования проведены в рамках грантового проекта АТСС-24.3.

Результаты собственных исследований и их обсуждение. Анализ заболеваемости показал, что наиболее распространенными были болезни органов пищеварения - XI класс (847,5 на 1000 человек). Структура заболеваний органов пищеварения, в основном, была сформирована за счет кариеса зубов (826,2‰). В среднем на одного учащегося приходилось $3,2 \pm 0,1$ кариозных поражений зубов, наличие от 2 до 5 кариозных зубов отмечено – у 53,6%, 6-7 – у 13,1%, от 8 и более кариозных зубов было у 5,3% юных спортсменов. Среднее количество запломбированных зубов на одного обследуемого приходилось $0,8 \pm 0,1$ ед. Мягкие зубные отложения наблюдались среди 22% учащихся, а твердые – среди 9,6% юных спортсменов. Таким образом, 82,6% учащихся-спортсменов нуждаются в стоматологической помощи.

Определено, что 2-ое место в общей структуре заболеваемости учащихся-спортсменов занимают болезни кожи и подкожной клетчатки - XII класс (368,8 учащихся на 1000 человек), которые, в основном, были представлены угревой болезнью, микозом стоп и ногтей, атопическим и себорейным дерматитами. Наличие аллергических проявлений и реакций были отмечены у 6,7% учащихся, из них с проявлениями изменений со стороны кожи – у 2,8%.

3-е место занимали болезни системы кровообращения - IX класс (198,6‰), среди которых чаще отмечались вегетососудистая дистония и повышенное артериальное давление.

4-ое место в общей структуре заболеваемости юных спортсменов занимали различного рода травмы, переломы и грыжи (XIX класс) – 187,9‰. У 9,2% детей-спортсменов в анамнезе указано на однократное хирургическое вмешательство, а также встречались лица, перенесшие 2-3 операции (0,7%).

В общей структуре заболеваемости VI класс - болезни нервной системы находились на 5-ом месте (163,1‰) и были представлены нейроциркуляторной

дистонией, астеноневротическим синдромом и различного рода невралгиями.

В несколько меньшей степени у учащихся зарегистрированы хронические заболевания органов дыхания – 159,6% (X класс), которые в общей структуре заболеваемости заняли 6-ое место, в основном хронический тонзиллит, назофарингит, ринит, искривление носовой перегородки.

Болезни глаза и его придаточного аппарата (VII класс) занимали 7-ое место. Удельный вес миопий разной степени, гиперметропий и конъюнктивитов составил 9,9%.

8-ое место в структуре хронических заболеваний занимал IV класс – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (35,5%), который, в основном, был представлен увеличением щитовидной железы разной степени.

Остальные места в структуре заболеваемости юных спортсменов в равной степени (по 14,1%) занимал III класс - болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, VIII класс - болезни уха и сосцевидного отростка, I класс - некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

Анализ заболеваемости школьников за один год свидетельствует, что дети-спортсмены имели меньшую продолжительность одного случая заболевания, чем их сверстники в среднем на 2 дня. Результаты анализа заболеваемости сопоставляемых групп за 4 года показали, что индекс здоровья у детей-спортсменов был в 1,2 раза выше и составлял 72 против 60 (на 100 детей).

Выводы:

1. Среди учащихся, занимающихся и не занимающихся спортом, отмечено практически одинаковое число детей с нормальным уровнем физического развития. Систематические занятия спортом влияют на снижение количества детей с низкими параметрами и увеличение - с высокими показателями физического развития. Среди мальчиков-

спортсменов выявлено значительно большее число детей, развивающихся гармонично.

2. В связи с тем, что среди учащихся-спортсменов наиболее распространены болезни органов пищеварения (в основном за счет кариеса зубов), болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни системы кровообращения и различного рода травмы, переломы и грыжи, поэтому рекомендуется направить усилия медицинских работников на лечение и профилактику заболеваний зубов, различного рода травм, заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также проводить санитарно-просветительную работу среди учащихся по привитию им гигиенических навыков по уходу за полостью рта и тела.

БЕРУНИ - ВЕЛИЧАЙШЕЙ СОВРЕМНИК АБУ АЛИ ИБН СИНЫ

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

***Аннотация:** Беруний ҳаётининг сўнги даврларида ботаника ва тиббиёт билан шугулланади. Бир қанча доривор ўсимликларни ўрганади. Беруний ўзининг ботаника соҳасидаги тадқиқотларида XIX асрда буюк инглиз олими Чарльз Дарвин илгари сурган табиий танлаш назариясига жуда яқин келади.*

***Калит сўзлар:** Беруний, доривор ўсимликлар, “Китоб ас-Сайдана фит-т-тибб”.*

***Аннотация:** в последний период своей жизни Беруни занимался ботаникой и медициной. Он изучил ряд лекарственных растений. В своих ботанических исследованиях Беруни близко подходит к теории естественного отбора, выдвинутой в XIX веке великим английским ученым Чарльз Дарвином.*

***Ключевые слова:** Беруни, лекарственные растения, “Фармакогнозия в медицине”.*

Abstract: *at the end of his life, Beruni was involved in phytology and medicine. He studied number of medicinal plants. In his phytologic researches Beruni was very close to the theory of natural selection by the English scientist Charles Darwin in XIX century.*

Key words: *Beruni, medicinal plants, "Pharmacognosy in medicine".*

Общий расцвет науки в эпоху Беруни является результатом высокого уровня экономической и культурной жизни, которого достигли народы Средней Азии в это время.

Беруни родился 4 сентября 973 г. в Кяте, главном городе Хорезма — обширной области, хотя и входившей в состав государства Саманидов, но пользовавшейся определенной независимостью.

Удивительна также схожесть земного пути Беруни с судьбой другого величайшего его современника — Абу Али ибн Сины, с которым они, кстати, активно обменивались письмами, обсуждая натурфилософские взгляды Аристотеля.

Как и Ибн Сину, судьба то возносила Беруни, то била его оземь: годы спокойной жизни, наполненной научными изысканиями и дворцовыми почестями, сменялись годами бедности и изгнания.

Беруни несколько раз пришлось пережить потерю всех своих рукописей, и все начинать с нуля на новом месте. Но сила духа и стремление к научному поиску не позволяли Беруни опускать руки даже в безнадежных ситуациях.

В последний период своей жизни Беруни занимался ботаникой и медициной. Он изучил ряд лекарственных растений. В своих ботанических исследованиях Беруни близко подходит к теории естественного отбора, выдвинутой в XIX веке великим английским ученым Чарлз Дарвином.

Капитальный труд Беруни «Фармакогнозия в медицине» («Китаб ас-Сайдана фит-т-тибб») имеет большое

значение и в настоящее время. В этой книге он подробно описал около 880 растений, их отдельные части и выделения; привел их точные описания, упорядочил терминологию. Описание растений сопровождается рисунками с их изображениями. «Сайдана» («Фармакогнозия») содержит также богатый материал о распространении лекарственных растений и их ареалах.

Беруни собрал и объяснил около 4500 арабских, греческих, сирийских, индийских, персидских, хорезмийских, согдийских, тюркских, и других названий растений. Эти синонимы до сих пор используются в современной фармакогнозии при расшифровке древних трактатов.

Всего он написал 45 трудов по разным дисциплинам: медицине, фармакологии, фармакогнозии, истории, географии, математике, астрономии, геодезии, филологии, минералогии.

О РОЛИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ

Шайхова Г.И., Эрматов Н.Ж.,
Туляганова К. - Ташкентская
медицинская академия,
Общественный фонд Ибн Сины

Аннотация: *назорат остига турли таълим муассасаларида таҳсил олаётган 11-18 ёшдаги 3057 нафар ўқувчилар олинди (улардан 1508 нафари асосий, 1549 нафари назорат гуруҳига киритилди). Йил давомида ўқувчиларнинг саломатлик ҳолатига махсус дастур асосида тузилган жисмоний тарбия ва овқатланишининг таъсири ўрганилди. Ўқув йилининг охирида назорат гуруҳидаги ўқувчиларнинг умумий касалланиш даражаси 681,8 дан 777,3%, гача, яъни 14,0% ошган бўлиб, айирув тизими (2,5 марта), қон яратилиш тизими (1,8 марта), асаб тизими (1,4 марта) ошган бўлса, асосий гуруҳда касалланиш 10,6 % га камайиб, энг аҳамиятлиси*

мактабда лицей ва коллежга нисбатан барча синф касалликларининг сони (1,5-3 мартага) камайганлиги аниқланди, асосан айирув тизими, жароҳатланишлар, бўғим касалликлари, асаб тизими, руҳий бузилишлар ва эндокрин тизими касалликлари кескин камайганлиги аниқланди.

Калим сўзлар: жисмоний тарбия, ўқувчилар саломатлиги, умумий касалликлар.

Аннотация: нами было обследовано 3057 учащихся (из них 1508 в основной, 1549 в контрольной группе) 11-18 лет образовательного учреждения разного типа (школа, лицей и колледж). Было проведено оценка влияния реорганизации физического воспитания и питания на состояния здоровья учащихся.

К концу учебного года общая заболеваемость учащихся контрольной группы выросла с 681,8 до 777,3%, т.е. на 14,0%, причем наиболее заметным был рост заболеваемости болезни мочеполовой системы (в 2,5 раз), системы кровообращения (1,8 раз), нервной системы (в 1,4 раза) а в основной группе снизился на 10,6%, однако в отличие от школы и лицея, снижение уровня заболеваний коснулось не всех классов, в частности, существенно (в 1,5-3 раза) снизился уровень заболеваний мочеполовой системы, костей и суставов, нервной системы, психических расстройств, эндокринных заболеваний.

Ключевые слова: физическое воспитание, здоровье учащихся, общая заболеваемость.

Abstract: 11-18 years old 3057 pupils (1508 basic group and 1549 control group) from various educational institutions (school, lyceum and college) were examined. For one year, influence of physical training and food on the health of the pupils had been assessed. The physical training and food were worked out according to some special program.

By the end of the academic year, the general sickness rate of pupils of the control group increased from 681.8 to 777.3, i.e. up to 14.0%. Especially, diseases in urogenital system (2.5 times), in circulatory system (1.8 times) and in nervous system (1.4 times) were noticeably increased.

In the basic group sickness rate decreased up to 10,6%, however at school unlike college and lyceum number of sickness noticeably decreased in all classes (1.5-3 times). Especially, decrease of the number of urogenital system diseases, traumatological and articular diseases, nervous system and mental disorder, endocrine diseases are more noticeable.

Key words: physical education, pupils' health, common sickness rate.

Совершенствование физкультурной работы среди детей и подростков, по мнению многих исследователей (Бальсевич В.К., 2002; Головина Л.Л., 1996; Зайцева В.В., 1995; Кучма, 2000; Лубышева, 1992; Лях В.И., 1992; Сухарева Л.М., 2002; Эрматов Н.Ж., 2007, 2008) является мощным резервом улучшения показателей их здоровья, в частности, снижения заболеваемости.

На основе ранее проведенных исследований (Эрматов Н.Ж., 2007, 2008) нами разработаны и предложены для внедрения СанПиНа «Гигиенические требования к физическому воспитанию, спортивному оборудованию и инвентарю в образовательных учреждениях Республики Узбекистана», включающие комплекс мероприятий по совершенствованию физкультурной работы.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности внедрения рекомендаций на основе учета уровня заболеваемости учащихся.

Объектами исследований явились учащиеся двух школ, одного лицея и одного колледжа, дислоцированных в г.Ташкенте. В каждом из указанных видов учебных заведений выделены по 2 группы учащихся: основная, в отношении которой проведено внедрение оздоровительных мероприятий, и

контрольная – с прежней организацией физического воспитания. В общеобразовательных школах основной группой были учащиеся 4-11 классов школы №29 (728 человек), контрольной группой – учащиеся 4-11 классов школы №249 (728 человек). В лицее при ТМА в состав основной и контрольной групп вошло по 380 учащихся 10-11 классов. В медицинском колледже ТМА в основную группу включено 400, в контрольную – 440 учащихся 1-3 курсов. Общее число детей и подростков, включенных в исследование, составило 3057 человек.

Оценка эффективности оздоровительных мероприятий проведена на основе данных медосмотров учащихся, организованных в региональных поликлиниках, в начале и в конце учебного года. Анализ заболеваемости проведен на основе МКБ-10.

Результаты исследований и их обсуждение. Медицинское обследование учащихся общеобразовательных школ вначале учебного года показало, что показатели общей заболеваемости в обеих школах были достаточно близки: в школе №29 (основная) – 419,0%, в школе №249 (контрольная) – 495,9%. В обеих школах в структуре заболеваний первые 5 мест занимают: болезни органов дыхания, эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ, болезни органов пищеварения, болезни крови и кроветворных органов, инфекционные и паразитарные болезни.

Уровень этих заболеваний в расчете на 1000 учащихся в сравниваемых школах имел некоторых отличия, но в целом указанные 5 классов составили большую часть заболеваний: в основной группе – 82,8%, в контрольной – 77,0% всех случаев заболеваний.

Медицинское обследование детей школы №249 в конце учебного года показало, что уровень общей заболеваемости учащихся вырос с 495,9 до 521,9 %. Ведущие позиции в структуре заболеваний не изменились, однако уровень заболеваемости на 1000 учащихся для большинства классов

болезней вырос. Особенно явным был рост заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (в 1,7 раз), болезнями костей и суставов (1,7 раз), болезнями мочеполовой системы (1,6 раз).

Иной оказалась ситуация в конце учебного года в школе №29. Уровень общей заболеваемости по сравнению с началом учебного года снизились в 1,9 раза, а по сравнению со школой №249 заболеваемость была ниже в 2,3 раза. В 1,6-2 раза снизилась заболеваемость большинства классов болезнями, но наиболее существенным было снижение тех форм заболеваний, для которых особенно значима общая резистентность организма: уровень инфекционных и паразитарных заболеваний уменьшилась в 3,7 раза, болезней органов дыхания – в 3,4 раза, болезней мочеполовой системы – в 4 раза. Практически не изменился уровень заболеваний глаз, уха и сосцевидного отростка, врожденных пороков развития, травм и отравлений. Количество заболеваний костей и суставов, мышц и соединительной ткани возросло в три раза, что, на наш взгляд, обусловлено увеличением физической нагрузки.

В лицее уровень заболеваемости учащихся изначально был в 1,6 раз выше, чем школьников общеобразовательных школ как в основной, так и в контрольной группе, при том, что различия в самих этих группах в начале учебного года были не существенны: соответственно, 700,8 и 795,3 на 1000 учащихся. Основные формы патологии, занимающие в 6 первых мест в структуре заболеваний, имели некоторые отличия от школьников общеобразовательных школ: в порядке значимости на 1-м месте были эндокринные заболевания и расстройства питания; на 2-м – болезни кожи и подкожной клетчатки; на 3-м в контрольной группе – болезни органов дыхания, в основной – болезни органов пищеварения; на 4-м – в контрольной группе – болезни органов пищеварения, в основной болезни органов дыхания; на 5-

м месте – болезни крови и кроветворных органов; на 6-м – в контроле-болезни нервной системы, в основной – болезни глаз.

К концу учебного года общая заболеваемость в контрольной группе выросла с 795,5% до 836,8%, т.е. на 5,2%. Уровень заболеваний отдельных классов на 1000 учащихся, также несколько увеличился, в основном для болезней органов дыхания (со 107,6 до 155,3 %), болезней кожи и подкожной клетчатки (со 128,6 до 134,8%), болезней костно-мышечной системы (с 28,9 до 36,8%). В основной группе общая заболеваемость снизилась с 700,8 до 446,2 %, т.е. на 36,3 %. В сравнении с контрольной группой заболеваемость учащихся основной группы была ниже в 1,9 раз. Ведущими формами патологии остались те же вышеперечисленные заболевания, но уровень заболеваний отдельных классов снизился почти во всех случаях. Так, заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями уменьшилась в 4 раза, болезнями крови и кроветворных органов – в 1,4 раза, эндокринных заболеваний – 1,6 раз, болезней глаза – в 1,7 раз, болезней системы кровообращения – в 2 раза, органов пищеварения – в 1,9 раз, костей и суставов – в 2,6 раз, мочеполовой системы – в 2,2 раза, травм и отравлений – в 1,7 раз. В отличие от школьников общеобразовательных школ, практически не изменился уровень заболеваний органов дыхания, хотя в сравнении с контрольной группой заболеваемость болезнями этого класса в конце года в основной группе была ниже в 1,9 раз.

Уровень общей заболеваемости учащихся медицинского колледжа в начале учебного года также был выше, чем у школьников общеобразовательных школ, но не в 1,6 раз, как в лицее, а в 1,3 раза: в контрольной группе – 681,8%, в основной группе – 545,0%. Структура заболеваний имела некоторые отличия от школьников и лицейцев – в шестерку ведущих форм патологии вошли болезни нервной системы (до 11% всех

заболеваний) и болезни глаза и его придатков (до 6,9%). Первые 4 места занимали эндокринные болезни (до 38,4 %), болезни органов пищеварения (до 13,3%), болезни органов дыхания (до 13 %), болезни кожи и подкожной клетчатки (до 11%).

К концу учебного года общая заболеваемость учащихся контрольной группы выросла с 681,8 до 777,3%, т.е. на 14,0%, причем наиболее заметным был рост заболеваемости такими заболеваниями, как болезни мочеполовой системы (в 2,5 раз), системы кровообращения (1,8 раз), нервной системы (в 1,4 раза); рост заболеваний остальных классов был порядка 4-6%, а число травм и отравлений сократилось к концу года в 6 раз.

Таким образом, в основной группе общий уровень заболеваемости к концу учебного года снизился на 10,6 %, однако в отличие от школы и лицея, снижение уровня заболеваний коснулось не всех классов болезней. В частности, существенно (в 1,5-3 раза) снизился уровень заболеваний мочеполовой системы, костей и суставов, нервной системы, психических расстройств, эндокринных заболеваний, однако отмечено увеличение заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов, органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, травм и отравлений.

Полученные данные позволяют сделать следующие **выводы**:

1. Заболеваемость детей и подростков, обучающихся в школах, лицеях и колледжах на протяжении учебного года колеблется от 495,9 до 836,8 на 1000 учащихся; при этом показатели заболеваемости учащихся лицея в 1,6 раз выше, чем школьников общеобразовательных школ.

2. При традиционной организации учебного процесса, в том числе – физического воспитания, заболеваемость детей и подростков во всех изученных учебных заведениях к концу учебного года возрастает на 6-14%, в основном за

счет болезней органов дыхания, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки, а у учащихся колледжа – также за счет болезней нервной системы и болезней органов чувств.

3. Изменение организации, характера и режима физического воспитания положительно сказывается на показателях здоровья детей и подростков: во всех типах учебных заведений к концу учебного года отмечено снижение заболеваемости, особенно заметное у учащихся общеобразовательных школ (в 1,9 раз по отношению к началу учебного года).

4. Для учащихся школы и лицея новая организация физического воспитания является способом повышения резистентности организма, что проявляется снижением уровня иммунозависимых заболеваний, для учащихся колледжа новые формы физкультурной работы оказывают общеоздоровительный эффект.

Литература:

1. Бальсевич В.К. Основные положения концепции интенсивного инновационного преобразования национальной системы физкультурно-спортивного воспитания детей, подростков и молодежи России // Теория и практика физической культуры. 2002. - №3. - С.3-5.
2. Головина Л.Л., Копылов Ю.А. Концепция формирования личности учащихся общеобразовательной школы в процессе духовно-физического воспитания // Матер. II Междунар. научно-практ. конф. «Физическая культура и спорт учащейся молодежи в развивающемся мире». - Шуя, 1996. - С.24.
3. Зайцева В.В. Методология индивидуального подхода в оздоровительной физической культуре на основе современных информационных технологий. Автореф. дис.... д-ра пед. наук. - М., 1995. - С.36.
4. Кучма В.Р., Демина И.А., Демин А.К. и др. Проблемы формирования здорового образа жизни у учащихся в

общеобразовательных учреждениях // Гиг. и сан. 2000. №3. - С.52-56.

5. Лубышева Л.И. Концепция формирования физической культуры человека. - М., 1992. - 120 с.

6. Лях В.И., Мейксон Г.Б., Кофман Л.Б. Концепция физического воспитания и оздоровления детей и подростков. - М., 1992. - 24 с.

7. Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Звездина И.В. и др. Состояние здоровья и физическая активность современных подростков. // Гиг. и сан. 2002. №3. - С.52-55.

8. Эрматов Н.Ж. Гигиенические анализы заболеваемости среди школьников на современном этапе развития // Патология, 2007, №2. - С.79-81.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Шамсутдинова М., Закирходжаев Ш. -
Ташкентская медицинская академия

Аннотация: болаларда ошқозон ости беги касаллиги гастроэнтерологиянинг энг қийин бўлим бўлиб қолмоқда, чунки унинг белгилари бошқа касалликлар билан ўхшашдир, аниқ таиҳис қўйиш эса, диагностика қилиш имкониятлари чекланганлиги учун қийин саналади.

Калим сўзлар: ошқозон ости беги касаллиги, гастроэнтерология, клиник симптомлар, сурункали панкреатит.

Аннотация: патология поджелудочной железы у детей продолжает оставаться одним из самых сложных разделов детской гастроэнтерологии, поскольку её симптомы могут быть сходными с другими заболеваниями, а точная верификация затруднена вследствие ограниченных возможностей диагностики.

Ключевые слова: патология поджелудочной железы, гастроэнтерология,

клинические симптомы, хронический панкреатит.

Abstract: *pathology of pancreatic diseases are still remaining on of the most difficult issues of children's gastroenterology. As its symptoms are similar to the other diseases and possibilities of diagnostics are limited, it is difficult to get correct verification.*

Key words: *pancreatic diseases, gastroenterology, clinical symptoms, chronic pancreatitis.*

Изучение наследия всемирно известного ученого Абу Али ибн Сины Авиценны остается актуальным и в наши дни. В частности в своей книге «Канон медицины» он описал заболевания ЖКТ у детей, их клинические симптомы и течение, нарушение пищеварения в виде мальдигестии и мальабсорбции, связь его с приемом пищи, диетотерапию при хроническом панкреатите, трофологические нарушения при заболеваниях органов пищеварения, в частности панкреатитов различной этиологии. Проблема остается актуальной и в наши дни. Патология поджелудочной железы у детей продолжает оставаться одним из самых сложных разделов детской гастроэнтерологии, поскольку ее симптомы могут быть сходными с другими заболеваниями, а точная верификация затруднена вследствие ограниченных возможностей диагностики. Крайне трудным является вопрос диагностики хронического панкреатита. Как известно, наиболее ярким и частым признаком панкреатита является боль. Она имеет длительный довольно интенсивный характер, локализуется в эпигастральной области или подреберьях, усиливается после еды и пальпации живота и нередко сопровождается чувством тяжести и вздутия, тошнотой, иногда рвотой. Насколько эта «панкреатогенная» боль специфична для панкреатита и возможна ли она при функциональных расстройствах поджелудочной железы? «Панкреатические» абдоминальные боли характерны также для панкреатического варианта дисфункции сфинктера Одди

(ДСО), иногда при этом возможно даже незначительное повышение уровня амилазы в крови. Однако в отличие от панкреатита ДСО не свойственны структурные изменения паренхимы железы и снижение ее функции. Если обратиться к определению «хронического панкреатита»; (ХП), то в большинстве руководств указываются 2 основных его признака: стойкие структурные изменения в железе (обычно фиброз, реже – изменения протоковой системы) и функциональная недостаточность. В настоящее время, когда наряду с УЗИ на практике все шире используются такие методы визуализации, как КТ, МРТ, эндосонография, РХПГ, диагностика структурных изменений становится возможной уже на ранних стадиях патологии.

Цель и задачи нашей работы.

Комплексная оценка клинических, лабораторных морфологических признаков патологии поджелудочной железы у детей и разработка диагностических критериев хронического панкреатита.

Материал и методы исследования.

Под нашим наблюдением находились 47 детей в возрасте от 9 до 17 лет (20 мальчиков, 27 девочек) с клиническими симптомами, свойственными рецидивирующему панкреатиту. Дети поступали в стационар с жалобами на повторные боли с преимущественной локализацией в эпигастрии и левом верхнем квадранте живота, сопровождавшиеся теми или иными диспепсическими симптомами; при объективном исследовании определялась болезненность при пальпации в проекции поджелудочной железы. У всех детей имела место фоновая гастроэнтерологическая патология: у 45 – гастродуоденальная (у 1 язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 44 – хронический гастродуоденит), у 3 – желчнокаменная болезнь, у 10 – лямблиоз. Оценка клинической симптоматики проводилась по специально разработанной анкете с балльной оценкой жалоб, анамнестичес-

ких данных и объективных признаков болезни. Всем пациентам проведено исследование клинических и биохимических анализов крови, 3-кратное копрологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости с исследованием сократительной способности желчного пузыря и измерением размеров поджелудочной железы натощак и после еды. Для более точной оценки структурных изменений железы пациентам была проведена эндосонография. Для оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы у всех больных исследован уровень эластазы-1 в кале. Учитывая сходство клинических симптомов у всех детей, разделение их на группы проводилось в зависимости от наличия признаков структурных изменений в железе (по данным УЗИ и эндосонографии) и признаков нарушения внешнесекреторной функции железы (по данным эластазного теста). Критерием внешнесекреторной недостаточности мы считали снижение уровня эластазы-1 в кале ниже 200 мг/г. В соответствии с выбранными критериями, мы выделили 3 группы больных: 1-я – 15 детей, у которых были обнаружены ультразвуковые признаки фиброза железы и обнаружено снижение уровня эластазы-1 в кале. По нашему мнению, дети этой группы могут рассматриваться, как пациенты с хроническим панкреатитом (ХП). Во 2-ю группу вошли 20 детей, у которых имели место ультразвуковые признаки структурных изменений поджелудочной железы, но уровень эластазы-1 был нормальным. Учитывая рецидивирующий характер болевого синдрома и отсутствие у них функциональной недостаточности железы, эти пациенты рассматривались нами, как больные рецидивирующим панкреатитом (РП). В 3-ю группу включены 12 детей, у которых не было ультразвуковых изменений структуры железы и не было признаков снижения ее функции, но поскольку у них имели место боли в зоне проекции железы, мы диагностировали у них панкреатический

вариант дисфункции сфинктера Одди (ДСО).

Всем пациентам проведена балльная оценка болевого и диспепсического синдрома. Болевой индекс включал оценку по 3-балльной шкале показателей интенсивности, характера, частоты, связи с едой и продолжительности боли, диспепсический – 3-балльную оценку выраженности тошноты, рвоты, отрыжки, метеоризма, диареи.

Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программ «Статистика 6,0». Для каждого из признаков вычислялись средние значения, средняя ошибка среднего. Для определения достоверности различий использован ранговый критерий Вилкинсона–Манна–Уитни.

Результаты исследований.

Возрастной состав трех сравниваемых групп не имел достоверных различий, но в 1-й группе были дети только старше 12 лет. Половых различий не выявлено, во всех группах чуть больше было девочек.

Структура фоновой патологии у больных всех сравниваемых групп была представлена преимущественно хроническим гастродуоденитом. Он был диагностирован у 80% детей 1 группы, 86% во 2-й группе и у 92% в 3-й группе. В 80–83% во всех трех группах он был ассоциирован с инфекцией *H. pylori*. У 1 пациента 3 группы диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Желчнокаменная болезнь обнаружена у 1 ребенка 1 группы и 2 детей 2 группы, в этой же группе у 2 больных имели место аномалии желчного пузыря (перегибы). Нарушение сократительной функции желчного пузыря было диагностировано по данным эхохолестистографии у всех наблюдавшихся нами пациентов. Лямблиоз выявлен у 30% детей 2 и 3 групп и 14% в 1 группе. Таким образом, сходная фоновая патология имела место у всех больных всех сравниваемых групп, у всех отмечены признаки функциональных расстройств билиарного тракта. Следует

подчеркнуть лишь тот факт, что желчнокаменная болезнь и аномалии желчного пузыря выявлены только в группах больных панкреатитом.

Клиническая симптоматика во всех сравниваемых группах была представлена преимущественно болевым синдромом (рис. 1). У большинства детей 1 группы боли имели среднюю (57%) продолжительность, у 28% были длительными. Они были в 70% ноющими, умеренными по интенсивности (43%) с преимущественной локализацией в эпигастральной области (71%), реже в левом подреберье (28%). Сходный болевой синдром имели дети 3 группы, у которых также доминировали ноющие (84%) боли в эпигастральной области (84%) средней продолжительности (66%), умеренной интенсивности (100%). Наиболее яркий болевой синдром наблюдался у больных 2 группы, у 70% из них отмечены длительные боли, у 40% интенсивные схваткообразные, у 50% сильные, с преимущественной локализацией в левом подреберье (60%). В этой же группе была более отчетливой связь с приемом пищи, боли возникали после еды, особенно после погрешностей в диете (62%). В 1 группе такая связь отмечена у 43% больных, в 3 – только у 16%. Болевой индекс был также максимален у детей 2 группы ($20,2 \pm 2,3$), в 1 группе он был немного ниже, но не имел достоверных отличий ($18,5 \pm 2,5$, $p > 0,05$), а в 3 группе был достоверно ниже, чем у больных панкреатитом 1 и 2 групп, и составил $13,1 \pm 3,4$ ($p < 0,05$). Диспепсические расстройства (рис. 2) в группах детей с панкреатитом также наблюдались чаще и были более выражены: во 2-й группе у 80% имела место тошнота, у 50% рвота, у 40% отрыжка и изжога в 1 группе – у 50% тошнота, у 43% рвота, у 30% отрыжка и изжога. В 3-й группе жалобы на тошноту предъявляли только 30% больных, рвоты не отмечалось ни у одного пациента, отрыжка была лишь у 16%. Периодические разжижения стула

отмечены у 60% 2 группы, 30% 1 группы и ни у одного больного 3 группы.

Таким образом, и болевой синдром, и диспепсические расстройства были более выражены в группах больных панкреатитом по сравнению с ДСО, при этом более яркая клиническая симптоматика сопровождала РП.

В оценке длительности заболевания мы ориентировались на анамнестические указания начала болей в животе. Однако учитывая наличие фоновых гастроэнтерологических заболеваний у всех детей, оценить начало развития панкреатопатии весьма затруднительно. Большинство пациентов всех сравниваемых групп имели среднюю продолжительность болезни около 3 лет, но примерно 1/3 детей указывала на короткую продолжительность – менее года, в том числе среди больных ХП. Эти данные могут свидетельствовать о возможности скрытого течения хронического панкреатита на определенном этапе. Яркое начало в виде подтвержденного острого панкреатита наблюдалось лишь у 3 детей 2 группы, но у 30% детей из 1 и 2 групп были эпизоды сильных приступов болей в животе, по поводу которых пациенты госпитализировались в хирургические стационары. Подобных эпизодов не было у детей 3 группы. Течение болезни у 70% детей 2 группы и 57% детей 1 группы характеризовалась рецидивирующим болевым синдромом. В то же время в 3-й группе такие жалобы были только у 43%, а в 50% болезнь протекала монотонно, с кратковременными, меняющимися и не столь яркими симптомами.

Важным показателем, на наш взгляд, является трофологический статус пациента. В 1 группе признаки белково-калорийной недостаточности отмечены нами у 65% больных, во 2 группе – у 48%, в 3 группе все дети соответствовали нормальным физическим параметрам.

При оценке копрологических данных следует отметить отсутствие стеатореи нейтральным жиром у всех детей, в том числе в 1 группе. В связи с этим мы

считаем, что копрограмма не может служить надежным показателем функционального состояния поджелудочной железы у детей старшего возраста. Повышение активности амилазы в крови наблюдалось нами у 40% детей 2 группы, 17% 1 группы и 8% 3 группы, во всех случаях оно было небольшим – не более чем в 1,5–2 раза выше нормы и кратковременным.

Ультразвуковое исследование поджелудочной железы показало увеличение ее размеров примерно у 20% детей в 1 и 2 группах и ни у одного из детей 3 группы, у 43% детей 1 группы и 30% второй отмечена повышенная эхогенность паренхимы железы, у 50% больных 2 группы и 28% 1 группы обнаружены гиперэхогенные включения. Таковые выявлены также у 15% в 3 группе. В то же время нормальная ультразвуковая картина описана у 30% 2 и 17% детей 1 группы. В сравнении с этими данными результаты эндосонографии оказались более информативными (рис. 3 и 4). Изменения в поджелудочной железе выявлены у всех пациентов 1 и 2 групп и ни у одного из 3 группы. У всех больных ХП выявлены очаговые или линейные фиброзные изменения паренхимы поджелудочной железы; при РП подобные изменения выявлены у 67%, у 33% детей этой группы отмечено увеличение размеров и снижение эхогенности железы, в 2 случаях – уплотнение стенок Вирсунгова протока и его неравномерность. Несовпадение результатов обычного УЗИ брюшной полости и эндосонографии констатировано нами у 43% больных.

Средние показатели уровня эластазы–1 в кале у больных 1 группы составили $95,8 \pm 23,4$ мг/г, 2 группы – $445 \pm 25,3$ мг/г, 3 группы – $466,2 \pm 18,6$ мг/г.

Обсуждение.

Проведенное нами исследование показало, что ХП не является редкостью в детском возрасте. Использование современных методов диагностики, таких как эндосонография, исследование уровня эластазы–1 в кале, позволяют с

достаточно высокой точностью верифицировать структурные изменения в паренхиме поджелудочной железы и снижение ее функции, подтверждающие диагноз ХП. Важно отметить, что симптоматика РП, протекающего без снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы, очень сходна с таковой при ХП, но отличается большей яркостью болевого синдрома. Эти данные заставляют предполагать, что РП и ХП, по сути, являются одним заболеванием, а возможно, и его стадиями (с сохраненной и сниженной внешнесекреторной функцией железы). Вероятно, клиническая симптоматика на начальных этапах развития заболевания проявляется более манифестно, а по мере прогрессирования фиброзно-атрофических изменений в железе и снижения ее функциональных возможностей, теряет свою остроту и становится более монотонной, не утрачивая при этом некоторых, в частности, диспепсических, проявлений и нередко сопровождаясь трофологическими нарушениями. В соответствии с полученными данными мы предлагаем для диагностики ХП у детей пользоваться определенными критериями, которые приводим ниже.

Основные:

1. Повторяющиеся на протяжении не менее 1 года эпизоды болей в животе с локализацией: в верхнем левом квадранте, глубоко в эпигастрии, полосой от подреберья к подреберью.
2. Диагностированный ранее острый панкреатит.
3. Признаки снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы по данным эластазы–1 в кале (ниже 200 мг/г).
4. Изменение структуры поджелудочной железы по данным эндосонографии, КТ или МРТ.

Дополнительные:

1. Изменение размеров и структуры поджелудочной железы по данным УЗИ.
2. Стеаторея нейтральным жиром. Повышение уровня липазы и панкреатической амилазы в крови и моче.

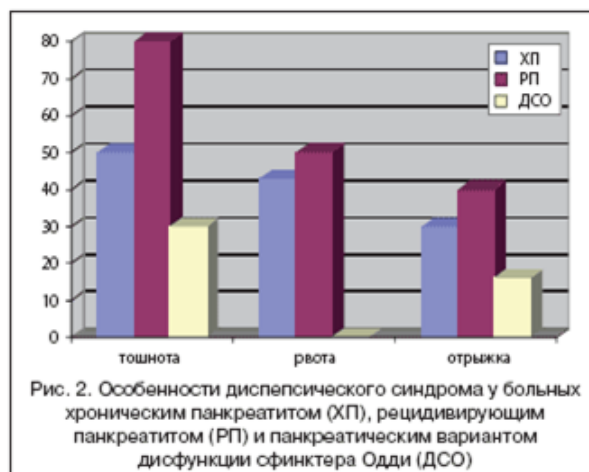
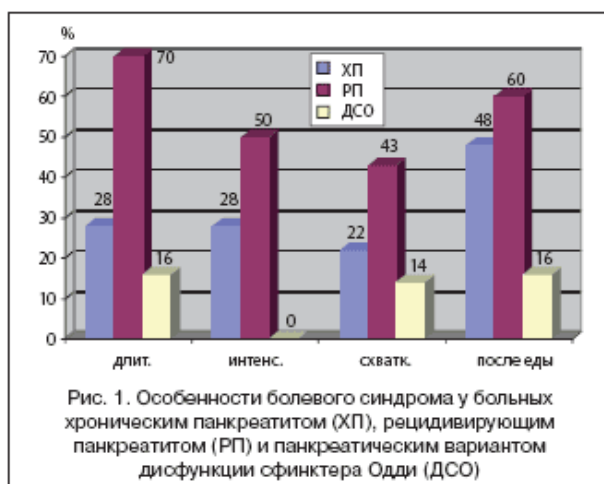
4. Связь вышеописанных болей в животе с погрешностями в диете.
5. Связь вышеописанных болей в животе с тяжестью в эпигастрии и тошнотой и рвотой.
6. Эпизоды сильных болей в животе в анамнезе, ставших поводом к экстренной госпитализацией с подозрением на хирургическую патологию.
7. Сахарный диабет.
8. Желчно–каменная болезнь.
9. Аномалии общего желчного протока.
10. Наследственные гиперлипидемии с ожирением.
11. Белково–калорийная недостаточность.

Для подтверждения диагноза хронического панкреатита достаточно 4 критериев, в том числе 1 из основных.

Установление правильного диагноза способствует назначению адекватной терапии. При панкреатическом варианте ДСО необходимо лечить в первую очередь основное заболевание (например, НР–ассоциированный гастродуоденит или лямблиоз). При этом важно устранить спазм сфинктера Одди, что наилучшим образом достигается с помощью назначения спазмолитиков гладкой мускулатуры. Высокой эффективностью при ДСО обладает селективный холинолитик - дюспаталин, который обладает мощным спазмолитическим эффектом, а вследствие малой системной биодоступности практически лишен побочных реакций. Терапия обострения ХП предполагает функциональную разгрузку поджелудочной

железы, прежде всего – уменьшение стимулирующих влияний секретина и холецистокинина. Первый, как известно, вырабатывается в ответ на дуоденальную ацидификацию, поэтому в лечение больного ХП в стадии обострения следует включать антисекреторные препараты: ингибиторы протонной помпы – рабепразол в дозе 1 мг/кг в сутки в 2 приема за 30–40 мин. до еды. Второй стимулируется пептидами, поэтому назначение ферментных препаратов, расщепляющих белки в полости тонкой кишки, по принципу обратной связи, способствует уменьшению стимулирующих влияний на поджелудочную железу. На фоне обострения ХП оптимальны панкреатические ферменты с более высоким содержанием протеиназ. Специальных препаратов для этой цели не существует, поэтому на практике используют те же ферментные препараты, что и для заместительной терапии, как креон 10000 ЕД, в дозе 5000 ЕД в сутки во время основного приема пищи.

Спазмолитики гладкой мускулатуры и холинолитики показаны и в этом случае, так как они способствуют облегчению оттока панкреатического сока и уменьшают внутрипротоковую гипертензию. Лечение больных с выявленной внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы на фоне ХП должно включать микросферические ферментные препараты поджелудочной железы, которые



обеспечивают наилучшее взаимодействие ферментов с пищей и обладают вследствие этого большей эффективностью.

Больной должен получать достаточное по количеству белка и калорий питание, ограничение касается, в основном, жирной пищи и экстрактивных веществ. Необходимо обеспечить адекватное поступление витаминов и микроэлементов.

Длительность ферментотерапии может варьировать индивидуально, при незначительных степенях внешне-секреторной недостаточности поджелудочной железы возможно частичное восстановление ее функции, поэтому курс лечения может быть ограничен 2–3 месяцами с последующей отменой и повторной оценкой экзокринной функции. Функциональный покой на фоне ферментотерапии может способствовать улучшению морфологического и функционального состояния поджелудочной железы.

Литература:

1. Лопаткина Т. Н. Хронический панкреатит // Нов. мед. журн. 2012. №2. - С.7-11.
2. Симаненков В. И., Кнорринг Г. Ю. Диагностика и оценка эффективности применения креона при обострении хронического панкреатита с помощью D-эластазы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2011. №3. - С.92-94.
3. Маев И. В., Кучерявый Ю.А. Заместительная ферментная терапия при панкреатической недостаточности // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2008. №5. - С.32-38.
4. Симаненков В.И, Кнорринг Г.Ю. Диагностика и оценка эффективности применения Креона при обострении хронического панкреатита с помощью эластазы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2007. № 3. - С.12-17.

5. Фрейнд Г.Г., Соколов Ю.Ю. Морфогенез дуоденопанкреатобилиарных аномалий у детей. - Пермь, 2003. 220 с.
6. Харитонов Л.А. Желчно-каменная болезнь у детей. - М., 2002, 68 с.
7. Корниенко Е.А., Гончар Н.В., Ткаченко Е.И. Спорные и нерешенные вопросы панкреатологии в практике педиатра и терапевта. - Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, 2005, №3–4, - С.29–32.
8. Adler G., Mundlos S., Kuhnelt P., Dreyer E. New methods for assessment of enzyme activity: do they help to optimize enzyme treatment? - Digestion, 1999, - v.54, - s.2, - P. 3–10.
9. Madsen J.L. et al || Bile acid malabsorption or disturbed intestinal permeability in patients treated with enzyme substitution for exocrine pancreatic insufficiency is not caused by bacterial overgrowth || Pancreas. 2003. - v. 65. - P. 175 - 179.
10. Sarles H., Adler G., Dani R. The pancreatitis classification of Marseilles-Rome, 88. - Scand. J. Gastr, 1989. - v. 24, - P. 641–642.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ

Юсупова О.Б., Атажанов У.Ж,
Дусчанов Б.А., Курбанов С.Р.
- Ургенчский филиал Ташкентской
медицинской академии

Аннотация: тадқиқот кўриқдан ўтказилган болаларнинг айнан овқатланишига гигиеник изоҳ бериши мақсадида бажарилди. Болаларнинг кундалик овқатида ўсимлик маҳсулотларининг белгиланган меъёрдан ошқроқ, ҳайвонот озуқалари эса кам миқдорда эканлиги аниқланди. Озиқ-овқат таркибида ҳайвонот оқсиллари ва мойларининг етарли миқдорда

бўлмаслиги, карбонсув моддаларнинг ошиқча бўлиши овқат кимёвий таркибининг мувозанатлигини салбий томонга ўзгаришига олиб келган. Овқатнинг тўйимлилиги (калорияси) карбонсувлар ҳисобидан меъёрдан юқорироқ. Болаларнинг овқатланиши ва озиқ – овқат таркиби гигиеник талабларга жавоб бермайди ва тегишли ўзгаришлар киритилишини тақозо этади.

Калит сўзлар: ҳаққоний овқатланиш, мактаб ёши, овқатланиш рациони.

Аннотация: исследования проводились с целью гигиенического изучения и оценки состояния фактического питания обследованных детей. Установлено, что в суточном ассортименте пищевых продуктов преобладают продукты растительной природы при дефиците продуктов животного происхождения. Нутриентный состав рационов питания детей дисбалансирован за счет дефицита белков и жиров животного происхождения на фоне избытка углеводистого компонента. Энергетическая ценность питания несколько завышена благодаря большому количеству углеводов. Питание детей не удовлетворяет гигиеническим требованиям и нуждается в соответствующей коррекции.

Ключевые слова: фактическое питание, дошкольный возраст, рацион питания.

Abstract: the research was conducted in order to learn and assess hygienically the condition of actual nourishment of examined children. It was found out that, daily food of the children consists of more vegetable than necessary, and meat products are less. Protein and animal fat shortage and abundance of carbohydrate caused the disbalanced of chemical composition of food of the children. Calorie content of the food is increased by the high amount of carbohydrate. Nourishment of the children and composition of food do not meet the hygienic demands and regulations must be established.

Key words: actual nourishment, preschool age, dietary intake.

Питание является одним из доминирующих факторов внешней среды, обеспечивающие жизненно-важные функции растущего организма.

Изучение и соответствующая гигиено - физиологическая оценка состояния фактического питания отдельных возрастно-половых и профессиональных групп населения и полученные материалы при этом имеют несомненное значение в улучшении структуры и рациональной организации питания, а также в оптимизации социальной ситуации населения. Ибо, показатели фактического питания дают возможность более реально и целенаправленно ориентироваться в пищевом статусе людей в коллективах, а порой на данной местности (или населенном пункте) и разрабатывать научно-обоснованные, рекомендуемые величины физиологических потребностей организма в нутриентах и энергии.

Подобное положение особенно важно для регулирования алиментарного статуса детей отдельных возрастных групп. Значимость данного вопроса приобретает особо-положительный характер в условиях напряженной экологической ситуации, когда возникают сложные проблемы не только в масштабе окружающей среды, но и в жизненной сфере населения.

С другой стороны, к числу немаловажных критериев оценки питания в детских учреждениях относятся показатели физического статуса, т.е. фактор питания и физическое развитие тесно взаимосвязаны, определяют друг-друга.

Объекты и методы исследований. Объектами исследований служили детские дошкольные учреждения в Хорезмской области.

Фактическое питание детей определялось общепринятым опросно-весовым методом с использованием специальных анкет.

Количественный состав и энергетическая ценность рационов питания изучался расчетным методом по данным 56 меню-раскладок в зимний, весенний, летний и осенний периоды 1998 года; при этом использованы справочные таблицы химического состава пищевых продуктов. Полученный цифровой материал подвергался статистической обработке общепринятым методом.

Результаты исследований. Изучение структуры фактического питания в обследованных детских учреждениях показывает, что наибольший удельный вес в питании занимают продукты растительного происхождения. Свежие овощи и фрукты, особенно продукты животного происхождения – молоко и его продукты, яйцо, рыба потреблялись в меньшем количестве, чем предусмотрено в нормах питания.

Общее количество белков в изученных рационах было почти достаточным для детей 3-5 лет и ниже нормы потребления для детей 6-7 летнего возраста: 58.8-72.63 г (норма 53.0-77.0 г), в том числе белки животного происхождения 26.4-33.1 г – соответственно. Содержание жиров в суточном рационе находилось в пределах 57.3-73.1г (норма 53.0-79.0 г). Общее количество углеводов в пищевом рационе колебалось в пределах 239.5-429.7 г (норма 212.0-335.0 г). Для покрытия суточных энерготрат у детей 3-7 лет калорийность рациона должна быть в пределах 1540.0-2350.0 ккал. Анализ полученных данных показал, что суточная калорийность рациона питания для детей дошкольного возраста колебалась в пределах 1619.0-2475.2 ккал.

При сопоставлении удельного веса белков, жиров и углеводов в фактическом питании с рекомендуемым физиологическими величинами выяснилось, что из общего количества по калорийности пищевого рациона они составляли: белки – 11.0%, жиры – 24.5%, углеводы – 64.6%. соотношение белков, жиров и углеводов в изученных рационах

составляло – 1:0.5:4.7 вместо физиологической нормы 1.0:1.0:4.0.

Минеральные вещества играют большую роль в росте и развитии детей. При изучении минерального состава рациона детей было выявлено, что содержание кальция колебалось в пределах 357.9-950.8 мг (норма 1000 мг), т.е. ниже установленной физиологической нормы; количество фосфора – в пределах 676.7-1253.4 мг, что заметно меньше нормы (норма 1500 мг). Содержание витаминов в пищевых рационах характеризуется следующим образом: витамин А – 0.08-0.23 мг (норма 1 мг); витамин С – 35.4-65.4 мг (норма 45.0-60.0); витамин В₁ – 0.61-1.24 мг (норма 0.8-1.0 мг).

Анализ суточного продуктового набора выявил дефицит фруктов и овощей; в ассортименте овощей преобладают морковь, картофель и лук; практически отсутствуют свекла и капуста. В тоже время отмечается избыток круп и макаронных изделий. Мало употребляется творог, сыр, яйцо и рыба. Таким образом, нутриентный состав рационов питания детей дисбалансирован за счет дефицита белков и жиров животного происхождения и избытка углеводистого компонента, что способствует некоторому завышению калорийности суточного питания; в рационе выявлено недостаточное содержание минеральных веществ.

Выводы:

1. Фактический набор пищевых продуктов не в полной мере отвечает физиологической потребности детей 4-7 лет: в нем больше нормы содержатся хлеб, макаронно-крупяные продукты, картофель и меньше - яиц, творога и др. продуктов животного происхождения.

2. Нутриентный состав рациона характеризуется заниженным количеством общего количества белков и жиров, в.т.ч. животного происхождения; меньшим основных минеральных веществ.

3. Рацион питания детей не удовлетворяет гигиеническим требова-

ниям и нуждается в соответствующей корректировке.

Литература:

1. Дусчанов Б.А., Ким Ю.А. Обзор гигиенических проблем питания населения республики по системе де-факто и де-юре // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2000. №1. - С.54-56.
2. Социальные факторы и здоровье населения: ВНИИМИ. Обзорная информация. - М., 1984.- Вып.4.
3. Руководство по детскому питанию / Под редакцией В.Тутельяна и И.Коня/. - М., 2004.

СОҒЛОМ БОЛА ТУҒИЛИШИДА МУҲИМ БЎЛГАН ОМИЛЛАР ҲАҚИДА

Қурбонов Ш., Дўсчанов Б., Қурбонов А.,
Каримов О., Раҳматуллаев Ё. –
Қарши давлат университети

Аннотация: соғлом бола туғилиши учун муҳим бўлган омиллар ҳақида сўз юритилади. Жумладан, овқатланиш режими, миқдори, сифати ва таркиби тўғрисида маълумотлар берилган.

Калит сўзлар: “Соғлом бола йили”, овқатланиш ҳолати, она сuti.

Аннотация: рассказывается о факторах оказывающих влияние на рождение здорового ребенка. Кроме того, приведены сведения о режиме, количестве, качестве питания и составе пищи.

Ключевые слова: «Год здорового ребенка», состояние питания, материнское молоко.

Abstract: Factors those have influence on the birth of healthy child are discussed in this paper. As well as, information was given about dietary pattern, quantity and quality of meals and composition of food.

Key words: year of healthy child, nutritional status, breast milk.

Мамлакатимизда 2014 йилнинг “Соғлом бола йили” деб эълон қилиниши ва ушбу таклифнинг жамоатчилик томонидан катта мамнуният билан маъқулланиши аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш, серунум меҳнат қилиш ва узок умр кўришни таъминлаш борасида олиб борилаётган энг муҳим ижтимоий-сиёсий, кенг қамровли тиббий масала ҳисобланади. Ушбу масаланинг ҳар томонлама ҳал қилиниши бўйича Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан “Соғлом бола йили” Давлат Дастурининг қабул қилиниши нур устига аъло нур бўлди. Қарорга мувофиқ махсус дастур ишлаб чиқилиб, ҳозирги кунда жойларда унинг ижроси бўйича тегишли ишлар амалга оширилмоқда. Қарорда кенг халқ оммасининг соғлом бола дунёга келиши учун соғлом турмуш тарзи тамойилларига тўлиқ амал қилиши муҳимлиги алоҳида қайд қилинган. Бу борада туғуриқ ёшидаги, ҳомиладор ва сут эмизадиган хотин-қизлар, аёлларнинг рационал, яъни тўғри овқатланиши билан боғлиқ талаблар, қонун-қоидаларга амал қилиш муҳим аҳамият касб этади. Зеро, ҳозирги замон биологияси ва тиббиётида олиб борилган илмий тадқиқотларга кўра, она вужудидаги тухум ҳужайрасининг пишиб етилиши, унинг оталаниши, кундан-кунга ривожланиб бориши ва ниҳоят соғлом туғилиши онанинг нима еб, нима ичишига ва таомларининг миқдори, таркиби, қандай ва қачон истеъмол қилинишига бевосита боғлиқ [2,4,5].

Буюк ватандошимиз, тиббиёт илмининг асосчиси Абу Али ибн Сино Маъмун академиясида фаолият кўрсатиб юрган чоғларидаёқ “Тўғри овқатланиш борасидаги саъй - ҳаракатлар инсон боласи туғилмасданок бошланиб, кексалик давригача давом этиши керак”, деган фикрни эътироф этган эди. Ушбу фикрнинг нақадар ҳаётбахшлиги ҳозирги кунда ҳам ўз аксини топмоқда ва замонавий нутрициологияда янги тадқиқотлар билан янада ривожлантирилмоқда. Чунончи, бўлажак она овқатланишига бўлган физиологик

талабларнинг миқдор ва сифат кўрсаткичлари жиҳатидан тўлиқ қондирилиши овуляция ҳамда оталаниш жараёнларининг меъёрий кечишига олиб келади. Шу муносабат билан ҳомиладорлик бошланишидан 8-12 ҳафта олдин ўтказиладиган тиббий кўрикда уларнинг овқатланиш статусини (амалдаги овқатланишини ўрганиш йўли билан) аниқлаш ва рационал овқатланиш бўйича керакли тавсиялар бериш лозим. Бўлажак оналарда тана массаси индексини аниқлаш (ТМИ) орқали уларда овқатланиш ҳолатининг қандай кечаётганлиги ҳақида дастлабки объектив маълумотни олиш мумкин.

Ушбу индекснинг 18 кг/м^2 дан паст бўлиши тана вазнининг меъёрдан паст бўлишини кўрсатади, бундай одамларда кўпгина жисмоний, биологик имкониятлар анча чекланган бўлади. Улар давомли оғир ишларга яроқсиз бўлади, вужуднинг физиологик чидамлилиқ даражаси пасайиб кетади, юқумли касалликларга тез чалинувчан бўлади ва ҳоказо. Олиб борилган илмий тадқиқотлар натижасига кўра, агар тухум хужайрасининг оталаниши арафасида аёллар тана массасининг индекси $20-25 \text{ кг/м}^2$ дан паст ёки зиёд бўлса, ҳомиладорлик жараёни қийин кечиби, бўлажак оналар ва туғиладиган болалар ўртасида ўлим ҳолатлари кўп учрайди.

Аёллар танасида ёғ тўқималари умумий тана вазнининг 18% дан паст бўлса, менструация юзага келмайди ва бу кўрсаткич 22% дан кам бўлса, овуляция содир бўлмайди. Шунинг учун ҳам бундай аёлларда эрта бола ташлаш, туғилган бола массасининг жуда кичик бўлиши, боланинг жуда кўп морфологик, физиологик нуқсонлар билан дунёга келишига сабаб бўлади. Худди шунингдек, тана массаси индексининг тегишли даражадан зиёд бўлиши ҳам (ТМИ 28-30 ва ундан юқори бўлиши) қатор нохуш ҳолатларга олиб келади, масалан, бола вазнининг олдиндан анча юқори бўлиши, кейинчалик (мактаб ёши ва ундан кейин ҳам) бундай болаларнинг анча ошиқча тана массасига эга бўлиши

ва бошқалар. Шунинг учун ҳомиладорлик олдида бўлажак она тана массасининг ўртача бўлиши муҳим аҳамият касб этади. Тана вазни ва организмда бошқа морфологик, физиологик ва биокимёвий кўрсаткичларнинг меъёр даражасида бўлишида рационал, яъни оқилона овқатланиш ҳал қилувчи рол ўйнайди.

Ҳозирги замон нутрициологиясининг эътироф этишича, ҳар ким ёши, жинси, касби ва бошқа индивидуал хусусиятларидан қатъий назар рационал овқатланишга амал қилиши учун овқатланишда даставвал “овқатланиш пирамидаси” принципига амал қилиш керак. Унга кўра, кун давомида истеъмол рационининг 45% дон ва дон маҳсулотларидан (нон, макаронлар, ёрмалар), 30% сабзавот ва мевалардан, 20% сут ва сут маҳсулотлари, гўшт (балиқ, товуқ) ва қолган 5% ёғ ҳамда ширинликлардан иборат бўлиши лозим. Озиқ моддаларнинг қайд қилинган нисбатда бўлиши инсон организмнинг барча макро- ҳамда микронутриентларга бўлган талабини қондиради.

Кейинги йилларда олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, она организмнинг овқатланиш статуси эмбрионнинг вужудга келишидан тортиб, унинг морфо-функционал шаклланиши, ҳомилалик даврида ўсиб-ривожланиши, туғилганидан кейин ундаги барча метаболик жараёнларнинг ҳаёти давомида бориши ва шу боис қатор сурункали касалликларга чалинувчанлик (семизлик, қандли диабет, артериал гипертензия, асаб ва эндокрин тизимлар хасталиклари ва ҳоказо) ҳолатларини белгилар экан. Шунинг учун ушбу омилга етарли даражада эътибор бериш соғлом бола туғилишида муҳимдир.

Ўтказилган илмий тадқиқот ишлари натижасида ҳомиладор ва сут эмизувчи аёлларнинг кунлик рацион миқдор ва сифат жиҳатидан ҳисоб-китоб қилиниб, маълум меъёрлар белгиланган. Озиқ моддаларнинг тақчил бўлиши ҳам, меъёрдан кўп қабул қилиниши ҳам айтиб ўтилганидек, қатор салбий ҳолатларга

олиб келади. Қуйида шулар ҳақида фикр юритамиз.

Оқсиллар танадаги тўқима ва хужайраларнинг асосий “қурилиш” материали бўлганлиги боис, уларга бўлган тақчиллик (айниқса, ҳайвон оқсилларининг етишмаслиги) барча биологик фаол моддаларнинг (гормонлар, ферментлар ва ҳоказо) етарли миқдорда ва фаолликда синтез қилинишини, тўқима ва хужайраларнинг ўз вақтида янгилалинишини, ўсиш ва ривожланишини сусайтиради. Шу сабабли бундай ҳомила ривожланишининг нуқсонсиз кечиши қийин. Ҳайвонлар устида олиб борилган тажрибалар шу нарсани кўрсатдики, агар она каламуш рационда оқсил анча мунча камайтирилса, углевод ва ёғларнинг етарли бўлишига қарамасдан ундан туғилган болаларда айрим ҳазм аъзоларининг вазни меъёрдан кам бўлиб, озиқ моддалардан оқсиллар, углеводларнинг гидролизланишини таъминлайдиган ферментлар фаоллиги узоқ муддатларгача пасайган ҳолда қолади. Ушбу маълумотлар қуйидаги жадвалда келтирилган.

Истеъмол таомларидаги оқсиллар ва энергетик тақчиллик она қорнида бола ривожланишида гипотрофия, бош миянинг етарли ҳолда морфологик шакланмаслиги ҳаёт давомида қандли диабет, семизлик, юрак ишемик касаллиги ва бошқаларга олиб келади. Ҳомиладор ва сут эмизувчи оналар таомланишида углеводларга тақчиллик камдан-кам ҳолларда учрайди. Чунки, кўпчилик овқатининг асосий қисмини нон ва ун маҳсулотлари (макаронлар, донлар ва бошқалар), ширинликлар, мева-чева, сабзавот маҳсулотлари ташкил қилади. Боз устига, маҳаллий аҳоли овқатланишга бўлган эҳтиёжини углеводлар билан қондириб, бошқа ҳомила ривожланишида муҳим бўлган макронутриентларга (оқсиллар, сифатли ёғ) объектив ва субъектив сабаблар боис етарли эътибор бермайди. Сабзавот, мева-чевалар, кўкатлар эса иккинчи, учинчи ўринга қўйилади. Кейин ўсимлик маҳсулотларидан фойдаланишда кўп

хатоларга йўл қўйилади. Масалан, сабзи, карам, шолғом, помидор ва кўкатлар овқатга пўстларидан обдон тозаланиб ёки жуда майдаланиб, солинади ва узоқ муддат давомида қайнатилади. Натижада ушбу озиқ моддаларда мавжуд бўлган витаминлар, биологик фаол моддалар парчаланиб кетади, макро- ва микроэлементлар ҳам қайнатиладиган сувга чиқиб, чўкма сифатида ишлатилмай, қолиб кетади, бундай тартибда овқатланиб юрганларда эса кўпгина макронутриентларга тақчиллик кузатилиб, турли-туман касалликлар келиб чиқади [4,5,6]. Гап шундаки, рационда оқсил, ёғ, шакар етишмаслиги организм морфо-функционал кўрсаткичларига нисбатан тез ўз аксини топса, макронутриентлар тақчиллиги ойлаб сезилмаслиги мумкин. Шу боис кишилар келиб чиққан хасталикларнинг асл сабабини тушунолмайди, даволаниш учун дорихоналарга чопади, холос. Айтиб ўтилган салбий оқибатларнинг олдини олишда энг муҳими тегишли макронутриентларга бой ўсимлик ва ҳайвон маҳсулотларини етарли даражада саралаб, истеъмол қилиб туришдир. Масалан, фолий кислотаси (витамин В₉) эмбрион ривожланишида муҳим аҳамиятга эга бўлган макронутриент. Унинг кам даражада етишмаслиги ҳам эмбрионда нерв ва қон ишлаб чиқариш ҳамда юрак-қон томирлари тизимларининг меъёрий шаклланишига салбий таъсир қилади. Ушбу витаминга бўлган талаб ҳомиладорликнинг биринчи триместрида тўлиқ қондирилиши лозим. Бунинг учун аёллар айнан шу даврда ва унганча бўлган вақт ичида фолий кислотага бой шовул, шивит, кашнич, кўк пиёз ва бошқа кўкатлар ҳамда асал каби озиқ моддалардан етарли миқдорда истеъмол қилиб бориши ёки витамин В₉ таблеткасидан қабул қилиб туришлари керак.

Агар она овқатланишида рух етарли бўлмаса, юз берган гипотрофия туфайли ҳомила ривожланиши суст бўлиб, бола чала туғилади ёки унда иммунитет, қатор ферментлар фаоллиги анча паст бўлади,

Она рационадаги оқсил тақчиллигининг бола организми вазни ва овқат ҳазм қилиш тизимидаги айрим морфо-функционал кўрсаткичларга таъсири
(Қурбонов, 1997, Каримов, 2001).

	Оқсил тақчиллиги тугалланганидан кейинги вақт (хафта хисобида)				Оқсил тақчиллиги тугалланганидан кейинги 3 ой
	0	1	2	3	
Тана массаси, г.					
Н	41,5±2,5	51,5±3,6	85,0±7,5	104,0±8,2	185,0±15,0
Т	27,3±1,9	38,0±3,0	55,0±5,0	88,0±4,0	171,2±15,0
Р	< 0,001	<0,02	<0,001	>0,25	>0,5
%	-34,2	-26,2	-35,3	-15,4	-7,5
Ошқозон ости беши массаси, мг.					
Н	110,0±11,0	192,0±18,5	431,0±43,0	583,3±64,0	650,0±63,0
Т	69,3±7,0	179,0±18,0	393,1±41,0	440,0±41,2	537,0±49,1
Р	<0,01	>0,5	>0,1	>0,1	>0,25
%	-37,0	-6,6	-8,8	-24,6	-17,4
Ингичка ичак шиллик қавати массаси, мг.					
Н	831,0±58,0	1514,0±121,0	2233,0±150,0	3232,0±258,0	4322,4±346,0
Т	790,0±47,0	1190,0±98,0	1766,0±123,0	2337,0±210,0	3210,0±302,0
Р	>0,5	<0,02	<0,02	<0,02	< 0,02
%	-5,0	-21,4	-20,9	-27,7	-25,7
Ошқозон ости беши протеазаси, мкг/мин/жами г. тўқима					
Н	891,0±26,7	1774,0±71,0	3007,0±195,4	6443,0±302,8	8733,0±436,0
Т	432,4±14,7	1270,0±50,7	3309,0±127,6	6055,0±284,6	9397,5±489,0
Р	< 0,001	< 0,001	>0,1	>0,5	>0,5
%	-51,5	-38,5	-10,0	-6,1	+7,6
Ошқозон ости беши α-амилазаси, мкг/мин/жами г тўқима					
Н	1100,0±100,0	1600,6±205,0	3300,1±400,0	5000,2±700,0	8900,0±900,2
Т	360,5±40,2	700,8±101,0	1100,5±202,0	2008,4±210,2	7600,0±800,0
Р	< 0,001	< 0,002	< 0,001	< 0,002	>0,5
%	-67,3	-56,3	-66,7	-59,8	-14,6
Ингичка ичакдаги глицил-L-лейциндипептидгидролаза, мкМоль/мин жами г. шиллик қават					
Н	301,4±12,0	499,6±25,0	806,1±29,0	1196,2±60,0	1481,0±59,2
Т	171,5±8,2	289,8±13,0	593,5±25,0	918,4±42,2	1243,0±51,0
Р	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,02
%	-43,1	-42,0	-26,4	-23,3	-16,1
Ингичка ичакдаги мальтаза, мкМоль/мин жами г. шиллик қават					
Н	32,2±2,1	107,5±7,5	217,2±15,2	401,7±26,3	441,3±37,8
Т	17,5±1,3	65,6±5,5	130,0±8,1	203,9±12,6	263,5±19,0
Р	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,002
%	-45,7	-39,0	-40,2	-49,3	-40,3

Изоҳ: Н-назорат гуруҳи, Т-тажриба гуруҳи.

нерв тизими яхши шаклланмайди.

Ҳомиладор оналарда темир элементининг сурункали етишмаслиги камқонлилик касаллиги ва бола ташлаш ҳолатларини келтириб чиқаради.

Йодга бўлган танқислик боланинг нерв-психологик ривожланишига салбий таъсир этади.

Кальций танқислиги бола ҳаракат-таянч аппаратининг шаклланишига салбий таъсир этибгина қолмасдан, она организмдаги ушбу элемент захирасини ҳам камайтириб юборади. Бунда суяклардаги, айниқса тишлардаги кальций, болага берилиб, улар бўшашиб қолади, тушиб кетади.

Витаминлардан А, В₂, РР, С, Е етишмаслиги болада оёқ, қўллар ривожланишини бузиб, уларнинг деформацияланишига, юракнинг она қорнидаёқ нуқсонланишига олиб келади. Кўпгина микронутриентларга бўлган тақчиллик кўп ҳолларда истеъмол қилинадиган озиқ-овқат маҳсулотларида улар миқдорининг кескин камайиб кетишига қишлоқ хўжалигида агрессив агротехник технологиялар қўлланилиши ҳам сабаб бўлади. Аниқланишича, ҳозир қарамда Са миқдори 1914 йилга қараганда 5 марта, Mg 4 марта Fe 2 марта кам экан. Ёки ҳозирги биз истеъмол қиладиган апелсин ва олмада кейинги 30 йил ичида Fe тегишли 4 ва 1,5 баравар, Са 3-2 баравар, фосфор 2 баравар камайиб кетган [8-14]. Шу нарса ҳам ҳисобга олиниши керакки, айтиб ўтилган витаминларнинг нафақат танқислиги, балки уларнинг меъёрдан кўп қабул қилиниши ҳам хавфли. Масалан, витамин А нинг ошиқчаси бола организмга захар сифатида таъсир этади. Шу нуқтаи назардан ҳомиладорлик даврида микро-ва макроэлементларга бўлган эҳтиёжни мутахассислар билан маслаҳатлашган ҳолда қондириш мақсадга мувофиқ.

Оналарда бола боқиш учун зарур сут ажралишини таъминлаш учун керакли озиқ-овқатлар етказиб беришидан ташқари уларнинг яшаш шароитларини, тинчлигини, ҳар хил стресс омиллардан ҳоли бўлишини, асабийлашмаслигини,

депрессия ҳолатларига тушмаслигини таъминлаш муҳим аҳамият касб этади.

Сут ажралиши камайганда оналар ялпиз, зира, шивит, тоғрайҳон, арпабодиён уруғи ва баргларида фиточойлар тайёрлаб, уларни ичиб юриши яхши самара беради. Айтиш жоизки, қишлоқ шароитида барча оналарнинг озиқланиши ҳамма жойда ҳам яхши деб бўлмайди. Баъзан озиқ-овқат маҳсулотлари етарли бўлса ҳам оналар овқатланиши нораціонал (меъёридан кам, зиёд таомланиш айрим микронутриентларга умуман эътибор бермаслик ва ҳоказо) бўлади ва шу боис нафақат бола ўсиши ва ривожланишида нуқсонлар юзага келади, балки она организмнинг озиб кетиши (озиқ моддалар тақчиллигида) ёки семириб кетиш (айрим озиқ моддалар меъёрдан кўп истеъмол қилиниши) ҳоллари кузатилади. Ушбу нохуш ҳолатларнинг олдини олиш ва соғлом бола етишишини таъминлаш учун кенг халқ оммаси орасида тушунтириш ишларини оммавий ахборот воситалари, конференциялар, савол-жавоб кечалари, семинар-тренинглар ва бошқалар орқали тарғиб қилиш муҳим аҳамиятга эга.

Адабиётлар:

1. Каримов О.Р., Қурбонов А.Ш. Лактация даврида оксил тақчиллиги ёш авлоднинг овқат ҳазм қилиш тизимининг шаклланишини сусайтириши. // Ўзбекистон биология журнали. Тошкент. 1998, -№6. – Б. 21-23.
2. Воронцов И.М. Питание женщины и будущий ребенок. Мир медицины, 1998, 1-2; 31-4.
3. Мурашко А.Б., Аль-Сейкал Т.С. Основы здорового питания беременной женщины. Гинекология, 2003, -№5 (3), - С.117-121.
4. Kuchkarova L.S., Qurbonov Sh.Q. Ovqat hazm qilish va ovqatlanish fiziologiyasi. T.: "Sano-standart" 2013. – 384 b.
5. Qurbonov Sh., Qurbonov A. To'g'ri ovqatlanish qoidalari. T.: "O'zbekiston milliy ensiklopediyasi" Davlat ilmiy nashriyoti, 2014. – 232 b.

БИОЛОГИЯ**ТУЯМЎЙИН СУВ ОМБОРИ СУВ
ҲАВЗАЛАРИДА КЕЧАДИГАН
ТОЗАЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИДА
МИКРООРГАНИЗМЛАРНИНГ
ТУТГАН ЎРНИ**

**Кутлиев Ж., Ўринова А.А. - ЎЗР ФА
Микробиология институти,
Сапаева Ф.Р., Шарифов М.Р. - Хоразм
Маъмун академияси,
Султанова З.К. - Мирзо Улуғбек
номидаги Ўзбекистон Миллий
университети**

Аннотация: Туямўйин сув омборининг турли станцияларидан ёз ойларида олинган сув намуналарининг микробиологик кўрсаткичлари (сапрофит ва ичак бактериялари гуруҳи) қиёсий ўрганилди.

Калит сўзлар: Туямўйин сув омбори, ичимлик суви, сапрофит ва ичак бактериялари, сув ресурсларининг ифлосланиши.

Аннотация: изучен сравнительный анализ микробиологических показателей (сапрофитных и кишечных групп бактерий) весенних и летних проб воды, взятых из различных станций Туямуюнского водохранилища.

Ключевые слова: водохранилища Туямуюн, питьевая вода, сапрофитные и кишечные бактерии, загрязнение водных ресурсов.

Abstract: the comparative analysis were carried out on microbiological indicators (the saprophytic and intestinal groups of bacteria) from spring and summer samples of water taken from various places of the Tuyamuyun reservoir.

Key words: Tuyamuyun reservoir, drinking water, saprophytic and intestinal bacteria, water pollution.

Аҳолини тоза ичимлик суви билан таъминлаш муҳим аҳамиятга эга. Саноат ишлаб чиқариши кундалик турмушимизда тоза ичимлик сувидан тобора

кўпроқ миқдорда фойдаланишни тақозо этмоқда. Бу эса сувни саноат чиқиндилари билан ифлосланишини тобора кўпайишига олиб келади. Натижада тоза ичимлик сувида турлитуман, шу жумладан, касаллик кўзгатувчи бактериялар яшаши учун шароит яратмоқда. Шу туфайли бундай сувларнинг 1 мл да бир неча юз мингдан миллионлаб миқдорда бактериялар учрайди. Сув ҳавзаларини ифлосланишининг максимал даражаси ёз ойига, яъни июнь-июль ойларига, минимали эса қиш фаслига, яъни декабрь-январь ойларига тўғри келади.

Микроорганизмларнинг сувда нечоғли кўп ривожланишини белгилаб берадиган асосий омиллардан бири сувда озик моддаларнинг борлигидир. Сув ҳавзалари органик қолдиқлар билан қанча кўп ифлосланган бўлса, ўша муҳитда микроорганизмлар шунча кўп ривожланади [3]. Чунончи, йирик саноат корхоналаридан чиқадиган ва саноат шахарларидан оқиб ўтадиган дарёларнинг суви ўзи билан бир қанча миқдордаги органик моддалар олиб келадиган қанчадан-қанча ташландиқ сувларни кўшиб олади. Бу эса ўша муҳитда бактерияларнинг кўплаб ривожланиши учун асос бўлади. Шунинг учун бу дарёларнинг сувида шахардан юқорироқда, шахарнинг ўзидагига нисбатан бактериялар доим кам бўлади, шахарда эса сув жуда ифлосланиб кетади. Шахарнинг пастки қисмида сув тоза ирмоқлар билан яна аралашади ва қисман ўз-ўзидан қайта тозаланади. Ирмоқлардан тоза сув кўшилиши туфайли бактериялар сони камаяди, аҳоли яшайдиган жойлардан оқиб келадиган ташландиқ сувлар кўшилиши билан эса, аксинча бактериялар сони кўпайиб кетади [2].

Туямўйин сув омбори сув ҳавзаларида кечадиган ўз-ўзини тозалаш жараёнларида микроорганизм тўпламлари, бундан ташқари кўпгина алоҳида бактерия турлари, замбуруғлар, сув ўтлари ва содда ҳайвонлар ягона биоценоз сифатида бир-бирига боғлиқ ҳолда иштирок этади. Бунда юқори

регенерация ҳисобида асосий вазифани бактериялар бажаради [1-4].

Тадқиқот усуллари: Олиб борган тадқиқотларнинг асосий объекти Туямўйин сув омбори сувлари ва уларда кечаётган микробиологик жараёнларни ўрганиш ҳисобланади.

Сув омбори сувлари таркибидаги микроорганизмларни ўрганишда сув омборининг бир нечта марказий қисми сувларидан намуналар олинди.

Микроорганизмларнинг сон ва сифат даражасини аниқлаш мақсадида Туямўйин сув омбори сувларидан стерилланган идишларга юқори горизонтда (10-15 см) сув намуналари олинди. Сув омбори сувларидан намуналар олиш жараёнида ҳаво ҳарорати, сув ҳарорати, унинг тиниқлик даражаси ва муҳит рН каби асосий экологик омилларга алоҳида эътибор қаратилди.

Сув таркибидаги сапрофит бактерияларнинг умумий сонини аниқлашда олинган сув намуналарини бир неча марта суюлтириб балиқ пептонли ва гўшт пептонли агарда ҳамда суюқ электив муҳитда экиш усулидан фойдаланилди. Экилган микроорганизмлар 28⁰С ҳароратда термостатда 48 соат мобайнида ўстирилди.

Ичак таёқчалари бактериялари сонини олинган сув намуналари таркибида қанча миқдорда учрашини аниқлашда Эндо муҳитига суюлтириш усули билан тайёрланган сув намуналари 1 млдан экиш усули билан аниқланди. Сув намуналари таркибидаги микроорганизмларни экиб ўстиришда ва уларни сонини аниқлашда Петри ликопчаларидан фойдаланилди. Микроорганизмлар экилган Петри ликопчалари 37⁰С ҳароратда 24 соат давомида термостатда сақланди. Туямўйин сув омбори сувлари намуналарида учрайдиган ичак таёқчалари бактерияларини уларнинг колонияларини ўсишига қараб ажратилади. Эндо муҳитида ўсган ичак таёқчалари гуруҳига кировчи бактерияларнинг рангги тўқ қизил металл ялтироқли ёки ўртада пушти колониялар

шаклида ажралиб туради. Сув намуналарида ичак таёқча гуруҳидаги бактериялар қанча кам ёки кўп миқдорда учрашига қараб сувнинг тозалик даражаси белгиланади, яъни сув таркибида ичак таёқча гуруҳидаги бактериялар сони қанча кам бўлса сувнинг тозалик даражаси анча юқори бўлади, ичак таёқча группасидаги бактериялар сони қанча кўп бўлса аксинча, сувнинг тозалик даражаси паст бўлади.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси: 2013 йилнинг баҳор, яъни май ойида олиб борилган кузатиш натижалари шуни кўрсатдики, Туямўйин сув омборининг Катта канал ва Резервуар тоза сув қисмларидан олинган сув намуналарининг микробиологик кўрсаткичлари бошқа станцияларга нисбатан солиштирилганда тозалик даражаси анча паст эканлиги маълум бўлди. Ичак гуруҳи бактерияларининг миқдори эса бошқа фаслларга нисбатан кўп бўлиши аниқланди. Бундан ташқари сув ҳарорати ва сувнинг рН муҳити ҳам сезиларли даражада ошган (1-расм).

2013 йилнинг ёз фаслида, яъни август ойида олиб борилган кузатишларга қараганда, Туямўйин сув омборининг Капарас ва Резервуар тоза сув қисмларидан олинган сув намуналарининг микробиологик кўрсаткичлари бошқа станцияларга нисбатан солиштирилганда, анча тоза эканлиги маълум бўлди. Бунга биринчи навбатда август ойида сув ҳароратининг фаслларга нисбатан юқори бўлганлиги (февраль 9-12 °С, август 29-34 °С) ва рН кўрсаткичи 7,0 - 8,0 оралиғида ўзгариши сабабли ўз-ўзидан тозаланиш жараёни-нинг тезлашганлигидир. Айниқса, ичак гуруҳи бактерияларининг миқдори бошқа фаслларга нисбатан анча кам даражада бўлиши бунинг яққол далили ҳисобланади. Бундан ташқари Туямўйин сув омборининг Султонсанжар, Ўзан ва катта канал станцияларидан олинган сув намуналарида сапрофит бактерияларнинг миқдори анча юқори бўлганлиги аниқланди, бу эса сувга тушадиган

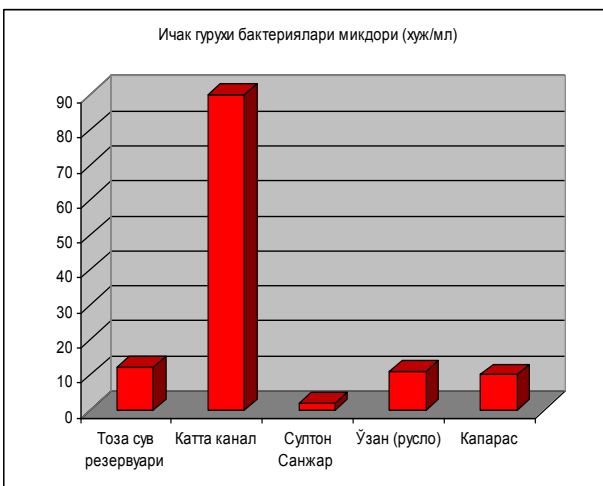
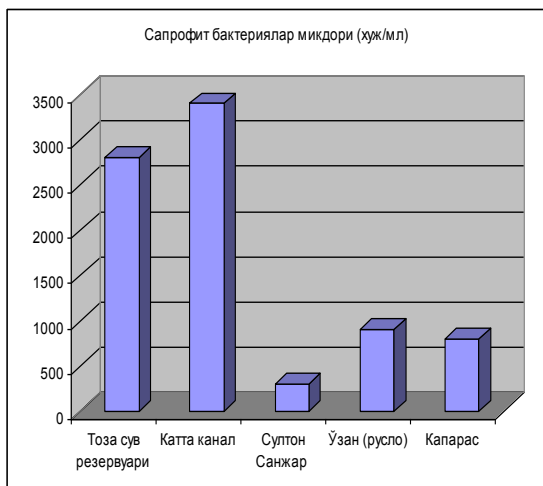
органик моддаларнинг миқдори анча юқори эканлигидан дарак беради. Чунки сапрофит бактериялар органик моддаларга нисбатан индикатор микроорганизмлар ҳисобланади (2-расм).

Ёз фаслида ўтказилган тадқиқот ишларида сувда сапрофит бактериялар-

нинг сони $0,8 \times 10^2$ хуж\мл дан $3,2 \times 10^3$ хуж\мл гача кўтарилиши аниқланди. Бундан ташқари шу сувларда ичак таёқчалари гуруҳига кирувчи бактерияларнинг сони эса 1 мл сувда $0,1 \times 10$ хуж\мл дан $9,6 \times 10$ хуж\мл гача бўлиши кузатилди.

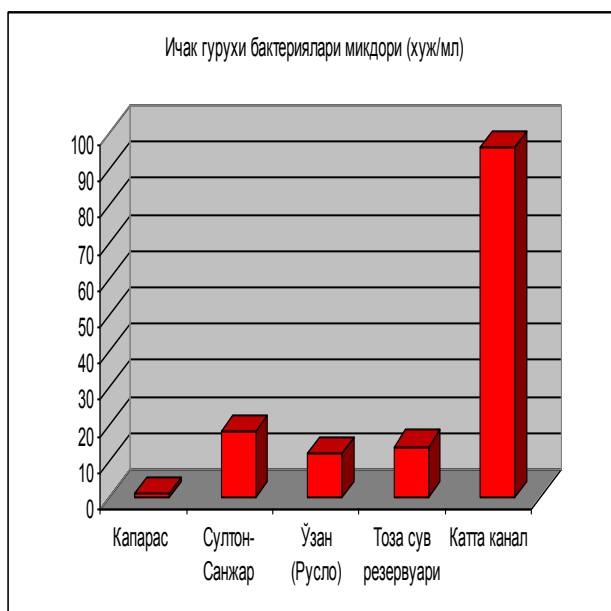
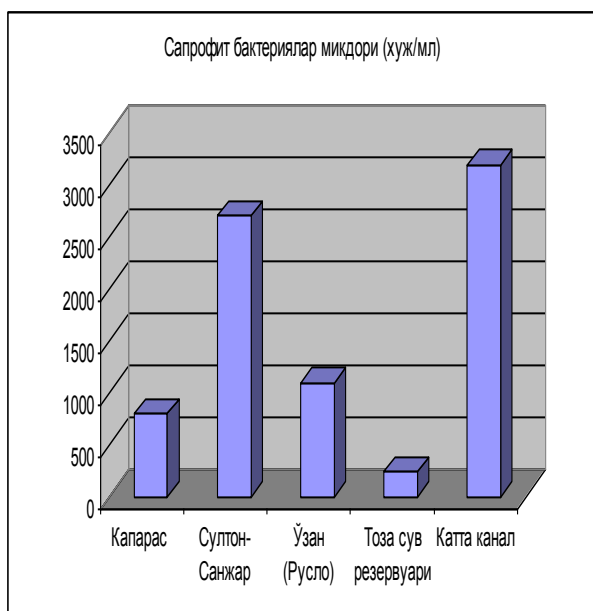
1-расм

Туямўйин сув омборида учрайдиган микроорганизмларнинг миқдори (май, 2013 й).



2-расм

Туямўйин сув омборида учрайдиган микроорганизмларнинг миқдори (август, 2013 й).



Адабиётлар:

1. Галанина Е.В., Полтева А.В. Характеристика лагуны Буссе (Южная часть о.Сахалин) по микробиологическим показателям. // Микроорганизмы и вирусы в водных экосистемах: материалы 3-го Байкальского микробиологического Симпозиума с международным участием. - Иркутск, 3-8 октября, 2011, - С.32-35.
2. Драпкина В.Г., Капустина Л.Л. Значение микробиологических исследований в системе комплексного изучения Ладежского озера. // Микроорганизмы в экосистемах озер, рек, водохранилищ: материалы 2-го Байкальского микробиологического Симпозиума с международным участием. - Иркутск, 10-15 сентября, 2007, -С. 69-70.
3. Кондратьева Л.И. Микробиологическая деструкция органических веществ контактных зонах гидросферы. - Иркутск, UBSM. 2003. - С.67.
4. Кутлиев Дж., Мавлянова М.И., Уринова А.А. Изучение роли индикаторных форм микроорганизмов, определяющих качество воды Чарвакского водохранилища. // Республиканская научно-практическая конференция, - Ташкент, 2006, -С. 137.

ТЕХНИКА

**ДЕФЕКАТ - НОВЫЙ РЕАГЕНТ ДВУХ
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
НАЗНАЧЕНИЯ ПРИ
НЕЙТРАЛИЗАЦИИ И ОЧИСТКИ
СТОЧНЫХ ВОД**

**Бабаев З.К., Атаханов Р.А.,
Маткаримова Д.Б., Аташев Э.А. -
Ургенчский государственный
университет**

Аннотация: мақолада дефекадан кислотали оқава сувларни нейтралловчи восита сифатида фойдаланиши мумкинлиги тўғрисида маълумотлар келтирилган. Лаборатория тадқиқотлари асосида дефекатни механик ва термик фаоллаштириши ҳисобига ундан

сорбцион материаллар синтез қилиши мумкинлиги тўғрисида маълумот келтириб, бу ўз навбатида мазкур чиқиндини бир вақтнинг ўзида иккита вазифада қўллаш мумкинлиги баён қилинган.

Калит сўзлар: дефекаат, кислотали оқава сувлар, сорбцион материаллар, нейтралловчи восита, механик ва термик қайта ишлаш.

Аннотация: в статье приведены данные о возможности применения дефеката в качестве нейтрализующего реагента кислых сточных вод. Также лабораторными исследованиями установлены возможности использования дефеката в качестве сорбционного материала. Для повышения сорбционной активности дефеката предложены и изложены способы механической и термической активации.

Ключевые слова: дефекаат, кислые сточные воды, сорбционный материал, нейтрализующий реагент, механическая и термическая переработка.

Abstract: the article presents data on the possibility of applying defecate as a neutralizing agent acidic wastewater. As well, by the laboratory analysis the other function of defecate as sorption material was discovered. To increase the sorption activity of defecate, methods of mechanical and thermal activation were proposed and conducted.

Key words: defecate, acidic wastewater, sorption material, neutralizing agent, mechanical and thermal treatment.

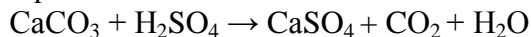
Как известно, в металлургии, химических и других отраслях народного хозяйства образуются огромное количество кислых сточных вод, нейтрализация которых связана с большими энергетическими и экономическими затратами. Для нейтрализации кислых сточных вод применяются различные реагенты, но наиболее дешёвыми нейтрализующими реагентами считаются, известковое

молоко ($\text{Ca}(\text{OH})_2$) с 5-10% содержанием активной извести и кальцинированная сода. Приготовление известкового молочка является трудоемким процессом, которое состоит из двух этапов- помол и гашение, что связано с большими материальными затратами [1]. Следует отметить также, что гашеная известь способствует быстрому износу оборудования. О сорбционных материалах, используемые в процессе очистки сточных вод в литературе имеется достаточное сведение [2-4]. Утилизация сточных вод, содержащие в своем составе различные канцерогенные, токсические, ядовитые вещества, а также радиоактивные элементы является весьма актуальной проблемой.

В очистительных сооружениях дефицит традиционных сорбционных материалов диктует изыскать возможности нахождения новых дешевых и легкодоступных видов сырья, пригодных для получения адсорбентов с высокой поглотительной способностью. Наиболее перспективным является нахождение новых реагентов двух функционального назначения, т.е. одновременно являясь нейтрализующим реагентом, и проявлял в себе сорбционные свойства. Таким материалом является дефекат-отход сахарного производства, обладающий комплексом физико-химических свойств, позволяющий использовать их одновременно в качестве нейтрализующего реагента и сорбента. Дефекат является осадком, состоящий в основном из тонкодисперсных частиц CaCO_3 с примесью органических и неорганических веществ. Исследованиями установлено, что в результате механической и термической обработки дефеката в материале образуются активные слои, обладающими высокими сорбционными свойствами [2]. Для получения эффективного, дешевого, одновременно нейтрализующего и адсорбирующего материала из дефеката необходимо провести физико-химические исследования, что позволит

расширить круг веществ, используемых в промышленности для очистки сточных вод. О свойствах дефеката было сообщено в наших ранних публикациях [5].

Нейтрализация и очистка кислых сточных вод с помощью дефеката была изучена на основе кислых сточных вод АО «Ургенч ёг-мой». Процесс нейтрализации приводился обычным способом, т.е. по аналогии нейтрализации кислых сточных вод с известью при сухом способе. Дефекат добавляли к стокам вышеуказанного состава в количестве 2-5% от массы и рН сточных вод. При этом наблюдается бурное выделение CO_2 и образование устойчивой пены. Процесс нейтрализации продолжается в течение 15 мин. с выделением хлопьевидного осадка. После нейтрализации сточная вода имеет почти нейтральную среду -рН 6-7. Сточные воды в наших исследованиях были сульфатсодержащими. В наших опытах после проведения процесса нейтрализации в смеси наблюдалось помутнение и через 15 мин. Выпал в незначительном количестве хлопьевидный осадок, не засоряющий технологическое оборудование и канализационную трубу. Хотя CaSO_4 могло быть образоваться в достаточном количестве, способным давать гипсовые отложения, так как основная реакция нейтрализации идёт по схеме:



Выпадению обильных и прочных гипсовых отложений по тракту движения воды по видимому, препятствует сильное вспенивание смеси за счёт образования пузырьков CO_2 . С другой стороны, присутствие в смеси пектиновых и других органических веществ которые либо улучшают растворимость гипса, как было указано в работе [5], либо препятствуют выпадению CaSO_4 . Как показали наши исследования сырой или высушенный дефекат обладает низкой сорбционной активностью. Для повышения сорбционной активности дефеката нами предложены и проведены способы механической и термической

активации. Механическая активация проводилась в высокоскоростном дезинтеграторе с оборотом 3000 об/мин. Термоактивация проводилась при температурах 400-700 °С с шагом 50°С. В ходе эксперимента установлено, наиболее высокой сорбционной активностью обладает термоактивированный дефека́т при температурах 600-650 °С. Основные сорбционные свойства дефека́та, определили по методике [3] и представлены в табл.

Сведения о физико-химических параметрах пористой структуры и ее свойствах относятся к основным характеристикам сорбентов. Согласно анализу литературных данных, сорбционные материалы, имеющие пористую структуру, обладают выраженной катионообменной емкостью и сорбирует ионы (Ca^{2+} , Mg^{2+} , Zn^{2+} , Cu^{2+} , Fe^{3+} , Mn^{2+} и т.п.) [4]. Предварительные исследования по изучению основных сорбционных характеристик термомодифицированного дефека́та, показали, что он вполне может использоваться в процессах очистки сточных вод по сорбционному методу. Необходимо особо отметить, что нейтрализация и очистка кислых стоков с применением дефека́та, несомненно, приводит к большому экономическому эффекту за счёт замещения труднодоступных реагентов нейтрализации, охраны окружающей среды, а также увеличению

сроков службы оборудования, канализационных систем и водоочистных сооружений и др.

Таким образом, применение дефека́та в качестве реагента для нейтрализации и очистки кислых сточных вод, способствует к предотвращению накоплений дефека́та в виде отхода, ликвидации отрицательных воздействий дефека́та и кислых сточных вод на окружающую среду и технологические оборудования.

Литература:

1. Родионов А.В. Техника защиты окружающей среды. - М.: Высшая школа, 1978. - 406 с.
2. Лупандина Н.С., Кирюшина Н.Ю., Свергузова Ж.А. и др. Использование производственных отходов для очистки сточных вод // Экология промышленности России. 2010. - №5 - С. 38-41.
3. Тарасевич Ю.И. Адсорбция на глинистых минералах. - Киев: Наука, 1975. - 351с.
4. Тарасевич Ю.И. Природные сорбенты в процессах очистки воды. - Киев: Наука, 1981. - 172 с.
5. Бабаев З.К., Ражабов А., Садилов Б. и др. Использование отходов биохимического производства при нейтрализации кислых промышленных стоков // Экология производства. -М., 2008. -№11. - С. 38-39.

Таблица

Основные сорбционные свойства дефека́та

Сумм. объем пор, г/см ³	Сумм. пористость, г/см ³	Общ. сорбционная емкость, м моль/г
0,186	0,019	3,48

МАҲАЛЛИЙ АДСОРБЕНТЛАР ЁРДАМИДА РАФИНАЦИЯЛАНГАН МОЙЛАРНИ ТОЗАЛАШ ИСТИҚБОЛЛАРИ

Қурамбаев Ш., Сафарбаева Н.,
Очилова С.С., Отажанова Д. - Урганч
давлат университети

Аннотация: ушбу мақолада пахта мойини маҳаллий адсорбентлар билан тозалашда уларнинг оптимал таркибларини топиши тўғрисида тадқиқот натижалари келтирилган.

Калит сўзлар: ёғ-мой саноати, пахта мойи, адсорбентлар.

Аннотация: в данной статье приведены результаты исследований по определению оптимального состава местных адсорбентов при очистке хлопкового масла.

Ключевые слова: маслoбойная промышленность, хлопковое масло, адсорбенты.

Abstract: this article presents the results of the research about the optimal conditions of adsorption treatment of cottonseed oil by using local adsorbents.

Key words: plant oil industry, cottonseed oil, adsorbents.

Республика ёғ-мой саноатида рафинацияланган мойларни тозалашнинг асосий муаммоларидан бири бу пахта мойи таркибидаги бўёвчи моддаларнинг кўплигидир. Ушбу бўёвчи моддалар таркиби асосан госсипол ва госсипол хосилаларига тўғри келади [1]. Маълумки, ушбу гуруҳ моддалар инсон организми учун зарарли ҳисобланади. Ўсимлик мойларини олиш жараёнида госсипол намлик ва иссиқлик таъсирида мой таркибидаги оксил, аминокислота ва фосфатидлар билан қисман бирикади. Натижада реакцион қобилятини йўқотиб эркин альдегид гуруҳи бўлмаган тўқ сарикдан қорагача рангли госсипол ўзгариш маҳсулотларига айланади [2].

Ҳозирги кунда ўсимлик мойларини оқлаш йўллари устида турли хил йўналишларда илмий изланишлар олиб борилмоқда. Шулардан бири ўсимлик мойлари таркибидаги бўёвчи моддалар ва ёнаки маҳсулотларни ушлаб қолувчи самарадор адсорбентлар танлашдан иборат.

Ёғ-мой корхоналарида ўсимлик мойларини тозалаш учун турли хилдаги адсорбентлар (фаоллаштирилган бентонит ва бошқалар) ишлатилади [3]. Юқоридагилардан келиб чиқиб, тадқиқот рафинацияланган мойларни бўёвчи моддалардан тозалаш ишларига қаратилган. Шу муносабат билан тажрибаларда бир нечта турдаги маҳаллий бентонит захираларидан олинган намуналардан фойдаланилди. Бу намуналарнинг кимёвий таркиблари 1-жадвалда келтирилган.

Дастлабки намуналар адабиётларда [4] келтирилган услубларга мос равишда термик ва кимёвий усулларда фаоллаштирилди. Фаоллаштирилган намуналарнинг сорбцион хусусиятларини ўрганиш мақсадида бир катор тажрибалар олиб борилди. Тадқиқотда адсорбентларни ҳар-хил нисбатларда олиб мойларни оқлаш тажрибалари ўтказилди. Адсорбентларни фаоллаштириш учун 300-400 °С ҳароратда термик ишлов берилди. Мойни оқлашдан олдин у 60 °С гача қиздирилди ва ҳар хил фоизларда адсорбент кўшилди ва 90 °С гача қиздириб 15 минут давомида аралаштириб турилди. Сўнгра мойни фильтр қоғозидан ўтказиб, унинг ранги спектрофотометрик усулда аниқланди. Тажриба натижаларининг кўрсатишича, тозалаш даражаси адсорбент миқдорига боғлиқ экан.

Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатадики (2-жадвал), табиий бентонитга нисбатан термик фаоллаштирилган бентонит системага киритилганда мойларни бўёвчи моддаларни тутиб қолиши юқорироқ бўлди. Бентонит миқдорининг ошиши билан бу иқтисодий жиҳатдан самарасиздир. Навоий вилояти Навбахор кони бентонити асосан

рафинацияланган пахта мойини оқлашда оптимал таркиб сифатида 3 % микдорда кўшилган мойнинг тозаланиш даражаси юқорироқ бўлди. Ундан юқори

концентрацияларда таркибда сезиларли ўзгаришлар кузатилмади.

Ушбу микдордаги бентонит билан тозаланган пахта мойининг сифат кўрсаткичи 3-жадвалда келтирилган.

1- жадвал

Ўзбекистон Республикаси ҳудудида айрим конлардан олинган бентонитнинг кимёвий таркиби

Намуналар номи	Оксидлар микдори, %								
	SiO ₂	Al ₂ O ₃	Fe ₂ O ₃	MgO	CaO	N ₂ O	K ₂ O	SO ₃	Сумма
Мешикли бентонити (Хоразм вилояти)	49,11	16,55	12,69	1,72	934	1,0	2,31	0,2	97,03
Шофиркон бентонити (Бухоро вилояти)	50,32	16,86	11,10	1,54	0,23	1,15	2,11	0,15	91,55
Навбаҳор бентонити (Навоий вилояти)	50,11	16,81	11,08	1,44	0,21	1,14	2,10	0,14	91,33

2-жадвал

Пахта мойини оқлаш жараёнига бентонит микдорининг таъсири

Намуналар	35 сариқ-қизил бирликда мойнинг ранг сони		
	2 %	3 %	4 %
Бентонит микдори, %			
Табиий Мешикли бентонити	13	10	12
Термик фаоллаштирилган Мешикли бентонити	12	9	10
Табиий Навбаҳор бентонити	12	10	11
Термик фаоллаштирилган Навбаҳор бентонити	11	8	9
Табиий Шофиркон бентонити	13	10	11
Термик фаоллаштирилган Шофиркон бентонити	12	9	10

3-жадвал

Рафинацияланган пахта мойини термик фаоллаштирилган Навбаҳор кони бентонити билан оқлашдан олдинги ва оқлашдан кейинги сифат кўрсаткичлари

Пахта мойининг физик-кимёвий кўрсаткичлари	Рафинацияланган пахта мойи кўрсаткичлари	
	Оқлашдан олдинги	Оқлашдан кейинги
Ранги, 35 сариқ-қизил бирликда	14.0	8.0
Кислота сони, мг КОН	0.4	0.2
Фосфатидлар сони, %	0.05	0.02
Совун микдори, %	0.006	Қолдиқ йўқ
Госсипол ўзгариш маҳсулотлари, %	0.03	Йўқ
Намлик микдори, %	0.15	0.04
Перекс сони, % J ₂	0.03	0.01
Йод сони, % J ₂ \100г	109.5	109.3

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, пахта мойини оқартиришда Навоий вилояти Навбахор кони бентонитдан 3% 300-400⁰С термик ишлов бериш орқали қўллаш ижобий самара беришни тажриба натижалари кўрсатиб берди. Термик фаоллаштирилган бентонитдан фойдаланиш мой таркибидаги бўёвчи моддаларни камайтиради ва стандарт кўрсаткичлар даражасида тозалаш имконини беради.

Адабиётлар:

1. Тютюнников Б.Н., Науменко П.В., Товбин И.М., Фаниев Г.Г. Технология переработки жиров. - М.: Пищевая промышленность, 1970. - 652 с.
2. Аскинази А.И. Губман И.И., и др. Новое в технике и технологии адсорбционной очистки масел. - М: ЦНИИТЭИ пищепром, / 1983. - серия 6. - вып. 5. - 20с.
3. Фармонов Ж.Б. Подбор адсорбентов для очистки хлопковых масел // Молодой ученый. 2013. - № 11. – С. 34-36.
4. Кадилов Н.К. Теоретические основы активации и механизма действия природных сорбентов в процессе осветления растительных масел. – М.: Пищевая промышленность, 1993.

КИШЛОҚ ХЎЖАЛИГИ

УДК 636.22./28.082

СИГИРЛАР МАҲСУЛДОРЛИК ХУСУСИЯТЛАРИНИНГ ОЗИҚЛАНТИРИШ ТИПИГА БОҒЛИҚЛИГИ

**Аширов М.И., Рўзиев Н.Р. -
Ўзбекистон чорвачилик илмий-
тадқиқот институти**

Аннотация: тадқиқотлар натижасида аниқланишича, сут йўналишидаги сигирларни аралаш усулда озиклантириш уларнинг сут маҳсулдорлигини оширади, қайта насл бериш функциясини тиклайди, сут маҳсулоти кўпайиши ҳисобига ем-хашак учун маблағ етарли бўлади.

Калим сўзлар: зот, сигир, сут, озуқа, генотип, селекция, белги.

Аннотация: в исследованиях установлено, что использование смешанного типа кормления молочных коров способствует более полному проявлению молочной их продуктивности, обеспечивает нормальную воспроизводительную функцию, улучшает оплату корма молочной продукцией.

Ключевые слова: порода, корова, молоко, корма, генотип, селекция, признак.

Abstract: from the experiments it was found out that the use of mixed type of feeding dairy cows gives better results in milk productivity, ensures the normal reproductive function, improves value of feeding and dairy products.

Key words: breed, cow, milk, forage, genotype, selection, sign.

Сигирларнинг сут маҳсулдорлигини ошириш, уларнинг меъёр талаблари даражасидаги пуштдорлик хусусиятларини таъминлаш, юқори маҳсулдор сутбоп подалар яратиш, сут ишлаб чиқариш самарадорлигини ошириш кўп жихатдан сигирларни тўла қийматли озиклантиришни ташкил этишга боғлиқ. Шу билан бирга сигирларни озиклантиришда уларни озиклантириш типи ҳам алоҳида аҳамият касб этади. Чунки қорамоллар урчитилаётган муайян тупрок-иқлим шароитини ва озуқалар турларини ҳисобга олган ҳолда сигирларни озиклантиришни ташкил этиш озуқалардан самарали фойдаланиш имкониятини кенгайтиради.

Маълумки, Хоразм вилояти ҳудуди турли дағал озуқаларга бойлиги билан ҳам ажралиб туради. Бундай озуқалардан унумли фойдаланиш, айниқса улардан чорвачиликда анъанавий қўлланилаётган озуқалар билан аралашма ҳолда фойдаланиш долзарб аҳамиятга эга. Тадқиқотда шундай дағал озуқалардан сутбоп подаларда сигирларни озиклантиришда аралашма озуқалар

таркибида фойдаланишнинг самарадорлигини ўрганилди.

Тадқиқотлар Хоразм вилоятининг Хонка туманидаги “Ислон-Комил” фермер хўжалигида қизил чўл зотли сигирлар подасида олиб борилди.

Аралашма типда озиклантиришни ташкил этишда озуқа турлари ИСК-3 агрегатида майдалаб, аралашма ҳолига келтирилди. Тадқиқотларда аралашмада фойдаланилган озуқа турлари ва салмоғи 1- жадвалда келтирилди.

1-жадвал маълумотларидан кўринишича, сигирларни аралашма типда озиклантиришда ширали озуқаларнинг, шу жумладан силоснинг, шунингдек, лавлагининг, дағал озуқалардан беда пичанининг ҳамда қамиш ва буённинг, кучли озуқалардан эса шрот, буғдой ва

шоли кепанининг устунлиги ажралиб туради. Тадқиқотларда келтирилган озуқалар салмоғига эга аралашма озуқалар сигирлар томонидан яхши иштаҳа билан истеъмол қилинди.

Сигирларнинг ривожланганлик даражаси ва экстерьерини баҳолаш мақсадида уларнинг тана ўлчамлари ўрганилди (2-жадвал).

2-жадвал маълумотларидан кўринишича, сигирлар танасининг баландлиги, кўкрак эни, чуқурлиги ва айланаси яхши кўрсаткичларга эга бўлди, бу эса уларнинг кўкрак қафаси яхши ривожланганлигидан далолат беради. Сигирлар танасининг мутаносиб ривожланганлигини тана индекси кўрсаткичлари ҳам кўрсатди. Жумладан, узунёқлилиқ индекси 56,1% ни,

1- жадвал

Сигирларга лактация даврида бўлган озуқалар сарфи, ўртача ҳар бир бошга

Озуқа турлари	кг	Озуқа бирлиги	Салмоғи, %
Беда пичани	505,0	227	6,2
Шоли сомони	572,0	137	3,7
Буғдой сомони	406,0	81	2,2
Қизилмия (буён)	410,0	135	3,7
Қамиш	535,0	182	5,0
Силос	4063,0	813	22,2
Кўк ўт	4980	896	24,4
Лавлаги	1950	234	6,4
Сабзи	368	59	1,6
Шоли кепаги	275	209	5,7
Буғдой кепаги	280	216	5,9
Шрот	457	394	10,7
Шелуха	312	84	2,3
Уларнинг тўйимлилиги:			
Озуқа бирлиги	-	3667,0	100
Алмашинувчи кувват, МДж	39579,7	-	-
Қуруқ модда, кг	5084,85	-	-
Хом протеин, кг	866,36	-	-
Ҳазмланувчи протеин, кг	451,3	-	-
Хом ёғ, кг	161,06	-	-
Хом клетчатка, кг	1253,22	-	-
АЭМ	2028,31	-	-
Кальций, кг	56,01	-	-
Фосфор, кг	20,50	-	-

2-жадвал

Сигирларнинг тана ўлчамлари, см

Кўрсаткичлар	$X \pm S_x$	$C_v, \%$
Яғрин баландлиги	125,8±0,74	3,24
Сағри баландлиги	129,0±0,83	3,54
Кўкрак эни	54,5±1,01	10,56
Кўкрак чуқурлиги	69,7±0,36	2,88
Кўкрак айланаси	200,6±1,02	2,83
Тананинг қия узунлиги	149,9±1,02	3,74
Орқа дўнг суяк эни	51,5±0,32	3,39
Пойча айланаси	19,3±0,14	3,96

чўзилувчанлик -119,2%, зичлилик - 133,8% ни ташкил этди. Бу маълумотлар сигирлар йирик ва зич танага, яхши ривожланган кўкрак қафасига эга бўлганлигидан ҳамда улар сут ишлаб чиқаришга мансублигидан далолат беради.

Аралашма типда озиклантирилган сигирлар яхши даражадаги пуштдорлик хусусиятларига эга бўлганлигини 3-жадвал маълумотлари ҳам кўрсатди.

Сигирларнинг биринчи қочиришдан оталаниш даражаси ва сервис-даври давомийлиги уларнинг ҳар бир бошидан бир йилда бир бошдан бузоқ олиш имконияти мавжудлигини кўрсатди ва бу аралашма типда озиклантирилган сигирларда пуштдорлик хусусиятлари физиологик меъёр талаблари даражасида бўлганлигидан далолат беради.

Аралашма типда озиклантирилган сигирларнинг сут маҳсулдорлиги 4-жадвалда келтирилади.

Маълумотларини таҳлил этиш шуни кўрсатдики, қизил чўл зотли сигирлар подасида маҳаллий дағал озукалардан фойдаланиб, сигирларни аралашма типда озиклантиришни ташкил этиш, улардан яхши даражадаги сут маҳсулдорлигини олиш имкониятини берди. Сигирларнинг лактация мобайнидаги сут миқдори қизил чўл зотли III ва ундан юқори лактациядаги сигирлар сут миқдорининг андоза талабларидан 414 кг (13,4%), сут таркибидаги ёғ 0,05%, сут ёғи чиқими 17 кг (14,8%) юқори бўлди.

Попадада сигирларни бир йил давомида аралашма типда озиклантириш уларнинг

3-жадвал

Сигирларнинг пуштдорлик кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	$X \pm S_x$	$C_v, \%$
Бўғозликнинг давомийлиги, кунлар	283,7	0,57
Сервис-даври давомийлиги, кунлар	77,2	7,7
Туғишлар оралиғидаги давр, кунлар	360,9	1,58
Сутдан чиққандан туғишгача бўлган давр, кунлар	60,8	10,0
Биринчи қочиришдан оталаниш даражаси, %	73,3	-
Қочириш индекси	1,26	-

Сигирларнинг лактация мобайнидаги сут маҳсулдорлиги

Кўрсаткичлар	X±Sx	Cv,%
Бош сони	30	
Сут миқдори, кг	3514±30,62	4,47
Сут таркибидаги ёғ, %	3,75±0,02	2,72
Сут таркибидаги оқсил, %	3,48±0,03	5,34
Сут ёғи чиқими, кг	131,7±1,13	4,71
Сут оқсили чиқими, кг	122,3±1,20	5,42
4% ли сут миқдори, кг	3294,4±21,82	3,63

ўртача сут миқдорини 281,8 кг (8,7%), сут ёғи чиқимини 10,0 кг(8,2%), сут оқсили чиқимини 9,3 кг (8,2%), 4% ли сут миқдорини 255,4 кг (8,4%) га ошириш имконини берди.

Тажриба подасидаги аралашма типда озиклантирилган сигирлар 1 кг табиий ёғлиликдаги сут ишлаб чиқаришга 1,04, 1 кг 4% ли сут ишлаб чиқариш учун эса 1,10 озуқа бирлиги сарфладилар. Ҳар 100 кг озуқа бирлиги ҳисобига эса 95,8 кг табиий ёғлиликдаги сут ва 89,8 кг 4% ли сут ишлаб чиқардилар.

Бу маълумотлар сигирлар маҳаллий озуқалардан фойдаланиб аралашма типда озиклантирилганда озуқаларнинг тўйимли моддаларидан самарали фойдаланиб, уларни сут маҳсулотига яхши даражада айлантириш қобилиятига эга бўлганлигидан далолат беради.

Адабиётлар:

1. Прохоренко П.Н. Кормление – главное в повышении интенсификации использования генетического потенциала животных // Зоотехния. - М., 2003. - №3. - С.3.
2. Харитонов Е. Современные проблемы при организации нормированного питания высокопродуктивного молочного скота // Молочное и мясное скотоводство. - М., 2010, - №4. - С.16-18.
2. Хромова Л.Г., Востроилов А.В., Жаринов Е.С. Полноценное кормление – основной фактор создания высокопродуктивных стад красно-пестрой породы // Зоотехния, - М., 2010, - №6. - С.6-9.

ФИЛОЛОГИЯ**“ГҮРҲҒЛИ” ЭПОСИ ҚҮЛҒЗМА
НУСХАЛАРИНИ ҲРГАНИШНИНГ
СОҒЛОМ АВЛОДНИ
ТАРБИЯЛАШДАГИ ТАРБИЯВИЙ-
МАБРИФИЙ АҲАМИЯТИ****Сориев С., Эшмуродов М. –
Урганч давлат университети**

Аннотация: ушбу мақолада халқимизнинг бебаҳо мероси “Гүрүғли” дostonлари қүлғзма нусхаларининг соғлом авлодни тарбиялашдаги аҳамияти ҳақида сўз юритилади.

Калит сўзлар: “Гүрүғли” эпоси, ёш авлод, тарбиявий аҳамият.

Аннотация: в данной статье обсуждается значение рукописных вариантов эпоса “Гуругли” в воспитании здорового поколения. Рукописные варианты эпоса “Гуругли” считаются бесценным достоянием нашего народа.

Ключевые слова: эпос «Гуругли», молодое поколение, воспитательное значение.

Abstract: the manuscript copies of the epos “Gorogli” are priceless heritage of our nation. This article is about the value of the epos “Gorogli” in the education of healthy generation.

Key words: epos “Gorogli”, young generation, educational value.

Дунё халқларининг қахрамонлик эпосларига назар ташланса, уларда эпос мансуб бўлган халқнинг руҳияти, дунёкараши, тарихи, ижтимоий ҳаёти, урф-одатлари ва менталитети яққол намоён бўлади. Жумладан, ўзбек халқ қахрамонлик эпоси “Гүрүғли” дostonларида ўзбек халқининг бутун бир ижтимоий руҳи ва силсиласи тасвирланган.

Ўзбек халқ эпоси “Гүрүғли” дostonларининг қүлғзма ва тошбосма нусхаларида 1-сюжет, яъни Кавказ версияларида Гүрүғли кўр одамнинг ўғли бўлгани учун Кўрүғли дейилган, тарзида

келтирилади. 2-сюжет Ҳрта Осиё версияларида келтирилган бўлиб, унда гўр(қабр)да туғилгани учун Гүрүғли деб номланганлиги айтилади. 2-сюжет кейинчалик шаклланган бўлса-да, бу сюжетда ҳам Гүрүғли отасининг душманлар томонидан кўзи ўйиб олинганлиги таъкидлаб ўтилади.

Гүрүғлининг туғилишини ғайридин Хункоршоҳ юртидаги коҳинлар башорат қилдилар. Онаси хор-зор қилиниб, туткунликда сақланади ва бошқа азоб-укубатларга дучор қилинади. Ўзбек халқ эпоси “Гүрүғли” дostonларининг қүлғзмаларида тасвирланишича, Гүрүғлининг онаси қахрамонга ҳомиладор пайтида вафот этади. Уни етти ойлик гумонаси билан дафн қиладилар. Гүрүғли гўрда (қабрда) дунёга келганида битта чўпоннинг эчкиси қабристонга кириб уни эмизиб юради. Кунлардан бир кун Жиголибекнинг чўпонларидан бири уни кўриб қолади ва шоҳга хабар беради. Жиголибек айтадики, “Ошиқ, қурчоқ ва камон қўйинг. Ошиқ ва камонни олса, мунда тутуб келтуринг. Қўғирчоқни олса ўлтуринг, модарзотдур, дейди. Шунда бола дастлаб ошиқни ўйнайди, кейин эса камонни олади. Бундан кўринадики, камон давлат тимсоли бўлиб, камонни олиш эса давлатнинг эгаси бўлишга башорат ҳисобланади. Ўша болани тутиш учун эгардан фойдаланадилар. “Гүрүғли” дostonларининг оғзаки вариантларида эса бу сюжет бошқача тасвирланган. Унда фақат отнинг эгари ва қўғирчоқ қўйилади ҳамда бола тутиб олинади. Камон ҳақида мумун сўз юритилмайди.

Қахрамоннинг қайси жинсдан эканлигини билиш учун ошиқ, ўқ-ёй ва қўғирчоқ қўйилиши, кейин уни тутиш учун эгарга ёпишқоқ елим суркаб қўйилиши ва болани тутиб олиниши тафсилоти оғзаки вариантларга қараганда қүлғзма нусхаларда мантикий жиҳатдан бирмунча батафсил берилган бўлиб, дастлаб уч нарса – ошиқ, ўқ-ёй (қүлғзмаларда камон ўрнига кўпинча ўқ-ёй атамаси ишлатилган) ва қўғирчоқ қўйилади.

Бу уч нарса, **биринчидан**, қадимий анъаналардан бўлган “учлик” анъанасини давом эттиради. Масалан: маликанинг уч шарти, уч топишмоқ, уч йўл, уч оға-ини ботирлар ва ҳоказолар.

“Гўрўғли” даги дастлабки уч нарса “учлик” анъанасини давом эттириш билан бирга, **иккинчидан**, рамзий (символик) характер касб этган. Ундаги ошиқ – ўғил боланинг ўйинчоғи бўлса, кўғирчоқ қиз боланики, ўқ-ёй эса боланинг келажакда ҳокимият тепасига чиқиб давлатни бошқаришини билдиради. Демак, оғзаки вариантларда халқимизнинг қадимдан сақланиб келадиган муқаддас тушунчаларидан бири, яъни ўқ-ёй масаласи унутилиб кетган ва сюжетдан тушуриб қолдирилган. Буни, албатта, собиқ Шўролар давридаги мафкуравий тазйиқлар билан изоҳлаш ўринли.

“Гўрўғли” дostonлари кўлёмаларида боланинг гўрдан чиқиб ўқ-ёйни олиши билан унинг келажакда улуғ инсон бўлиб, буюк ишлар қилишига ишорат қилинган. Мазкур сюжет қачон дастлаб шаклланганлигидан қатъий назар, асосий хусусият камоннинг давлат тимсоли эканлигида.

Назаримизда, мазкур эпос Ўрта Осиё халқлари орасига кириб келиб оммалаш-гач, унга нисбатан аудиториянинг талаби кучли бўлганлигини инобатга олиб, халқнинг мифологик қарашлари билан боғлиқ сюжетлар киритилган ва шу билан бирга бошқа номдаги дostonлар ҳам “Гўрўғли” дostonлари таркибига кўшиб юборилган бўлса керак.

Айрим фольклористик тадқиқотларда “Гўрўғли” дostonларидаги Гўрўғли - куёв ўғли – космос вакили – кўклам тимсоли сифатида тасвирланганлиги¹ айтиб ўтилади. Демак, эпосдан аён бўладики, халқ шу тасаввурни яратган давргача эпик ривожланишнинг узоқ йўлини босиб ўтганлигини англашимиз мумкин.

Бош қаҳрамоннинг қиз бола билан кураш эпизоди “Гўрўғли” эпосининг “Хирмондали” шохобчасида ҳам мавжуд.

Унда Гўрўғли Хирмондали билан курашиб ундан енгилди. Демак, ботир ва паҳлавон қизлар қадимдан элимиз орасида етишиб чиққан ва ҳаммани лол қолдиргудек ишларни амалга ошириб, тилларда дoston бўлиб келганлиги, бу эса ўз навбатида ўша ботир қизлар ҳақидаги афсоналар ва дostonларнинг, эпик сюжетларнинг яратилишига асос бўлганлигига шубҳа қилмаса ҳам бўлади.

Гўрўғли эпик қаҳрамон сифатида ўз атрофига одамларни тўплаш бошлайди. Очиғи, уларни Гўрўғли тўпламайди, балки халқнинг ўзи адолатли жамиятни орзу қилиб, уларнинг атрофига тўпланадилар. Бу жараёнда янги макон – “Гўрўғли”да Чамбилбел давлати юзага келади. “Гўрўғли”да карвонлардан бож олиш ҳисобига уларнинг хавфсизлиги кафолатланади. Душманларнинг карвонларидаги мол-мулк эса тортиб олинади. “Гўрўғли”да асосан қизилбошлар карвони, Хункаршоҳ юртининг карвонлари таланади.

Хўжаи Хизр Гўрўғлига унинг олдида келажакда турган вазифаларни, қисқаси ҳаётининг асл мақсади ва мазмуни нимадан иборат эканлигини ёритиб беради. У Гўрўғлининг олдида турган вазифаларни, унга халқни ҳимоя қилиб, адолатли, буюк давлат куриш вазифаси топширилганини айтишади. Гўрўғлининг мақсади ҳам айнан шу, у Чортоқли Чамбилбелни барпо қилади. Бу давлат асрлар ва минг йиллар давомида жабр-зулмлар ва хўрликлардан эзилган халқнинг орзусидаги давлат эди.

“Гўрўғли” эпосида Хункаршоҳ Гўрўғлини ўлдириб келиш учун Сейистон вилоятидаги савдогар Бозиргонни юборади. Бозиргон ота-онадан ёлғиз ўғил бўлиб, унинг яккаю-ягона синглиси Ойсултон бор. Бозиргон – савдогар йигит. У Гўрўғлини ўлдириш учун Чамбилбел вилоятига боради ва Гўрўғлининг баҳодир мард йигит эканлигини кўриб у билан дўст, оға-ини тутинади. Кўринадики, эпосдаги ёлланма баҳодирнинг мақсади – бош қаҳрамонни ўлдириб келиш бўлса-да, ёлланма баҳодир бош қаҳрамоннинг

¹ Турдимов Ш. “Гўрўғли” дostonларининг генезиси ва тадрижий босқичлари. – Тошкент: Фан, 2011. 99-бет.

мардлигини кўриб у билан яқин, оға-ини тутинади.

“Гўрўғли” эпосини оғзаки нусхаларида Гўрўғлининг қахрамонликларини куйлаган Юнус ва Мисқол парилардан чўпон-чўлиқлар эшитиб, элга ёйганлиги айтилса, кўлэзма ва тошбосма нусхаларидаги дoston интихоси сифатида берилган сюжет матнларида Гўрўғли ҳақидаги дostonларни бахшиларнинг дилига, юрагига шу парилар жойлаштирганликлари келтирилади. Демак, эпос мансуб бўлган халқнинг ворислари ўзларининг буюк бобокалонлари олдида турган бурчларини астойдил адо этганликларини қайд қилиб ўтиш ўринлидир.

Олам яратилибдики, дунё халқларида озодлик, эрк, адолат, айрилик, ҳижрон, эзгулик, ёвузлик ва унга қарши эзгуликнинг кураши тушунчалари бир хилда тасаввур этилади. Шу аснода ҳар бир халқ ўзининг тарихи бадий муҳрланган эпосини яратар экан, эпослардаги мотивларнинг, ҳар бир халқнинг менталитетидан келиб чиқиб, айнан бир хил бўлмаса ҳам ўзаро яқинлигида, қахрамонларнинг характер хусусиятлари ва психологиясида, илохий тушунчаларнинг тасвирларидаги муштараклик хусусиятларини, албатта, тасодифий ходисалар деб қарамаслигимиз зарур. Чунки, бу муштараклик ва ўзига хосликлар замирида юқорида айтиб ўтилганидек, инсоният ибтидосидаги дунёни англаш, борлиққа муносабат каби илк мифологик қарашлар ётгани инкор этиб бўлмас ҳақиқатдир.

Умуман олганда, “Гўрўғли” эпоси кўлэзмаларидаги дostonлар ватанпарварлик, одамийлик, халқ ишончи каби мотивлар асосига қурилган бўлиб, бу мотивларнинг қиммати ошиб бораверади. Аждодларимизга хос бўлган маънавий етукликнинг туб илдизларини аниқлаш ва унинг моҳиятини ёритиш учун халқимизнинг бой ва кенг қамровли оғзаки ижодини, хусусан, эпос табиати ҳамда унинг яшаб келиш тамойилларини кўрсатиб бериш ҳар жиҳатдан муҳимдир.

“Гўрўғли” эпосининг қадимги кўлэзма ва тошбосма нусхаларида халқ

томонидан улуғланиб келган бош қахрамон ватанпарварлик ва ҳақсеварликнинг буюк тимсолидир.

Адабиётлар:

1. “Гўрўғли” дostonи. Кўлэзма. Беруний номидаги Шарқшунослик институти Кўлэзмалар фонди. Инв. №9590.
2. Жўраев М. Фольклоршунослик асослари. – Тошкент: Фан, 2009. -192 б.
3. Мирзаев Т. Эпос и сказитель. – Ташкент: Фан, 2008. - С.410.
4. Рўзимбоев С. Хоразм дostonлари. – Тошкент: Фан, 1988. -147 б.
5. Турдимов Ш. “Гўрўғли” дostonларининг генезиси ва тадрижий босқичлари. – Тошкент: Фан, 2011. -240 б.
6. Эшонқулов Ж. Эпик тафаккур тадрижи. – Тошкент: Фан, 2006, -121 б.

ЮРИДИК ФАНЛАР

ПАРЛАМЕНТ НАЗОРАТИНИ АМАЛГА ОШИРИШДА СИЁСИЙ ПАРТИЯЛАР ФРАКЦИЯЛАРИНИНГ ЎРНИ

**Қўчқаров Б.Я. - Ўзбекистон
Республикаси Президенти ҳузуридаги
Давлат бошқаруви академияси
тингловчиси**

Аннотация: Ўзбекистон мустақилликка эришгач, кўппартиявийлик тизими қарор топди. Ўтган вақт давомида сиёсий партияларнинг фаолияти ва сиёсий жараёнлардаги иштирокининг ҳуқуқий асослари яратилди. Сиёсий партияларнинг ролини кучайтириш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президенти Ислам Каримов ташаббуси билан Ўзбекистон Республикаси Конституциясига бир қатор ўзгартириш ва қўшимчалар киритилди.

Калит сўзлар: Сиёсий партиялар, Олий Мажлис, Қонунчилик палатаси, Ўзбекистон Республикаси Конституцияси.

Аннотация: после приобретения независимости в Узбекистане установилась многопартийная система. За прошедшее время создана нормативно-правовая база функционирования и участия каждой партии в политических процессах. Для усиления роли политических партий по инициативе Президента Республики Узбекистан Ислама Каримова внесены ряд изменений и дополнений к Конституции Республики Узбекистан.

Ключевые слова: политические партии, Олий Мажлис, Законодательная палата, Конституция Республики Узбекистан.

Abstract: after the independence in Uzbekistan multi-party system was established. Normative legal base of functioning and participation of every party in political processes was created recently. In order to intensify the role of political parties, number of amends and addenda were introduced on the initiative of Islam Karimov, the President of the Republic of Uzbekistan.

Key words: political parties, Oliy Majlis, legislative chamber, Constitution of the Republic of Uzbekistan.

Ўзбекистон мустақилликка эришгач, демократик ислохотларнинг муҳим таркибий қисми сифатида кўппартиявийликни қарор топтиришга кенг эътибор берилди. Ўтган вақт давомида сиёсий партияларнинг фаолияти, уларнинг эркинлиги ва сиёсий жараёнлардаги иштирокининг ҳуқуқий асослари яратилди. “Сиёсий партиялар тўғрисида”ги, “Сиёсий партияларни молиялаштириш тўғрисида”ги қонунлар ҳамда “Давлат бошқарувини янгилаш ва янада демократлаштириш ҳамда мамлакатни модернизация қилишда сиёсий партияларнинг ролини кучайтириш тўғрисида”ги Конституциявий қонуннинг қабул қилиниши сиёсий партияларнинг давлат ва жамият бошқаруви жараёнидаги иштирокини ҳуқуқий жиҳатдан мустаҳкамлади.

Айтиш лозимки, сиёсий партиялар мамлакатимиз сиёсий ҳаётида муҳим ўрин тутиш билан бирга, Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатасида ўз фракциялари орқали қонун ижодкорлиги ва назоратини амалга оширишда қатнашади. Шу боис Юртбошимиз сиёсий партияларнинг назорат фаолиятидаги ўрни ҳақида шундай тўхталади: “**Ҳеч шубҳасиз, менинг назаримда, депутатлар корпуси, сиёсий партиялар ва нодавлат, ноҳукумат жамоат ташкилотларининг жамиятда обрў-эътибори ортиб бориши, мавқеи мустаҳкамланиши билан, улар давлат ва ҳокимият тузилмалари фаолияти устидан жамоатчилик назоратининг асосий воситасига айланади**”².

Эътироф этиш зарурки, мамлакатимизда профессионал асосда иш юритадиган икки палатали парламентнинг шаклланганлиги, давлат ҳокимияти тизимида ва бошқарувида унинг роли ва таъсирини кучайтирилиши амалдаги қонунлар ижроси устидан парламент назоратининг сифати ва самарадорлигини ошириш, бу жараёнда сиёсий партиялар фракциялари ҳамда депутатлик гуруҳларининг ўрни ва ролини янада ошириш имкониятларини кенгайтди. Кейинги йилларда мамлакатимизда юз бераётган демократик ўзгаришлар натижасида кўппартиявийлик тизими мустаҳкамланиб бораётганлиги муносабати билан Олий Мажлис Қонунчилик палатасидаги партия фракцияларининг фаолияти янада жонланмоқда, айниқса уларнинг парламент назоратини амалга оширишдаги роли ортмоқда.

Бу жиҳатдан “Давлат бошқарувини янгилаш ва янада демократлаштириш ҳамда мамлакатни модернизация қилишда сиёсий партияларнинг ролини кучайтириш тўғрисида”ги Конституциявий қонун парламентдаги турли сиёсий йўналишларга амал қилувчи партиялар

² Каримов И.А. Бизнинг бош мақсадимиз – жамиятни демократлаштириш ва янгилаш, мамлакатни модернизация ва ислоҳ этишдир. - Т.: Ўзбекистон, 2005. – Б. 41.

фракцияларининг ҳуқуқий мақомини аниқ белгилаб берди, уларнинг қонун ижодкорлиги иши самарадорлигини оширишда тутган ўрнини, фракциялараро соғлом тортишувни сезиларли даражада оширди. Парламентдаги кўпчиликнинг ва парламентдаги муҳолифатнинг ҳуқуқлари қонунчилик йўли билан мустақамлаб кўйилди. Қонун сиёсий партияларнинг марказда ва жойларда ижро этувчи ҳокимият органларининг шакллантирилишига, уларнинг фаолияти устидан самарали жамоатчилик ва парламент назорати йўлга қўйилишига фаол таъсир кўрсатиши учун ташкилий-ҳуқуқий шароитлар яратилди. “Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиснинг Қонунчилик палатасида тузилган сиёсий партия фракцияси ўз вакили Қонунчилик палатаси Спикерининг ўринбосари лавозимларидан бирини эгаллашида кафолатли ҳуқуққа эга”³.

Сиёсий партияларнинг ролини кучайтиришда Президент Ислон Каримов томонидан “Мамлакатимизда демократик ислохотларни янада чуқурлаштириш ва фуқаролик жамиятини ривожлантириш Концепцияси”да илгари сурилган ва Ўзбекистон Республикаси Конституциясининг 98-моддасига киритилган ўзгартиш ва кўшимчалар муҳим аҳамият касб этади. Уларга мувофиқ, келгусида “Ўзбекистон Республикаси Бош вазири номзоди Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиснинг Қонунчилик палатасига сайловларда энг кўп депутатлик ўрнини олган сиёсий партия ёки тенг миқдордаги депутатлик ўринларини кўлга киритган бир неча сиёсий партиялар томонидан таклиф этилади”⁴. Концепцияга кўра, “Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисига Бош вазирга нисбатан ишончсизлик

вотумини билдириш ҳуқуқи”⁵ берилгани ҳам алоҳида аҳамиятлидир.

“Ўзбекистон Республикаси Бош вазири ва Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиснинг Қонунчилик палатаси ўртасида зиддиятлар доимий тус олганда Қонунчилик палатаси депутатлари умумий сонининг камида учдан бир қисми томонидан Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлис палаталарининг кўшма мажлиси муҳокамасига Бош вазирга нисбатан ишончсизлик вотуми билдириш ҳақидаги масала киритилади”⁶.

Концепцияда давлат ҳокимияти ва бошқарувини янада демократлаштириш, айниқса ижро этувчи ҳокимият фаолияти устидан парламент назоратини такомиллаштирилишига оид ғоя ва йўналишларнинг аҳамияти шундаки, биринчидан, мамлакатимизда чинакам кўппартиявийлик шакллана боради ва сиёсий партиялар нафақат жамият, балки давлат ишларини бошқаришда ҳам ҳал қилувчи ўринга эга бўла боради; иккинчидан, жамият ҳаётида фуқаролик жамияти институтларининг, жумладан, сиёсий партияларнинг ўрни ва роли кучая бориши жараёни, ушбу тузилмаларнинг жамиятдаги янгилиниш жараёнлари, жумладан, ўз электоратлари ҳаётини янада яхшилаш бўйича масъулият ва жавобгарлик ҳиссини тақозо этади; учинчидан, ижро ҳокимияти тизимида кирувчи органлар ва уларнинг мансабдор шахсларининг ўзларига топширилган соҳада қонунларнинг тўла ва оғишмай ижро этилиши учун масъулият ва жавобгарлик ҳиссини кучайтиради ва бу масаладаги фаолиятини такомиллаштиришни талаб этади⁷.

³ “Давлат бошқарувини янгилаш ва янада демократлаштириш ҳамда мамлакатни модернизация қилишда сиёсий партияларнинг ролини кучайтириш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси Конституциявий Қонуни // Lex.uz.

⁴ Ўзбекистон Республикаси Конституцияси 98 модда. - Т.: Ўзбекистон, 2012.

⁵ Каримов И. Мамлакатимизда демократик ислохотларни янада чуқурлаштириш ва фуқаролик жамиятини ривожлантириш концепцияси. - Т.: Ўзбекистон, 2010. - Б. 13.

⁶ Ўзбекистон Республикаси Конституцияси 98 модда. - Т.: Ўзбекистон, 2012.

⁷ Парламент назорати самарадорлигини таъминлашнинг долзарб масалалари (илмий-амалий, услубий қўлланма) / Масъул муҳаррир ю.ф.н. Ф.Э.Мухамедов. - Т.: Ўзбекистон Республикаси Президенти ҳузуридаги Амалдаги

Ҳозирги даврда Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатаси томонидан амалга оширилаётган парламент назорати самарадорлигини таъминлашда сиёсий партия фракциялари ва депутатлик гуруҳларининг ўрни тобора ортиб бораётганлигини кўрсатиш ўринли бўлади. Амалдаги қонунларга асосан Қонунчилик палатасидаги мавжуд сиёсий партиялар фракциялари ва депутатлар гуруҳи парламент назоратини Қонунчилик палатаси мажлисида давлат ҳокимияти ва бошқаруви органларининг мансабдор шахсларига уларнинг тасарруфига кирадиган масалалар юзасидан асослангилган тушунтириш бериш ёки нуқтаи назарини баён қилиш талаби билан мурожаат этиш, ҳукумат аъзоларини уларнинг фаолияти масалалари юзасидан эшитиш тўғрисида масала қўйиш, фракциянинг ва депутатлар гуруҳининг фаолияти учун зарур материаллар ва ҳужжатларни давлат органлари ҳамда уларнинг мансабдор шахсларидан талаб қилиб олиш орқали амалга ошириб келмоқда.

“Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисининг Қонунчилик палатаси тўғрисида”ги Конституциявий қонуннинг⁸ 12-моддасида парламент сўрови ҳақидаги норма бўлиб, унда Қонунчилик палатаси ва Қонунчилик палатаси депутати давлат ҳокимияти ва бошқаруви органларининг мансабдор шахсларига уларнинг ваколатларига кирадиган масалалар юзасидан асослангилган тушунтириш бериш ёки нуқтаи назарини баён қилиш талаби билан парламент сўрови йўллашга ҳақли эканлиги белгилаб қўйилган. Парламент сўровига жавобни давлат ҳокимияти ва бошқаруви органларининг мансабдор шахслари Қонунчилик палатаси Регламентида белгиланган муддатларда Қонунчилик

палатаси мажлисларида берадилар, дейилган.

Жумладан, 2011 йилда мамлакатимиз қонун ҳужжатларининг ижроси тўғрисида 7 та парламент эшитуви ўтказилди. Парламент эшитуви давомида депутатлар олдида Ҳукумат аъзолари, вазирликлар ва идораларнинг, бошқа ижро этувчи тузилмаларнинг раҳбарлари бозор ислохотларини янада чуқурлаштириш ва иқтисодий эркинлаштириш, аҳолининг истеъмол талабини ошириш, иш ўринлари ташкил этиш ва коллежлар ҳамда лицейларнинг битирувчиларини ишга жойлаштириш дастури ва соғлиқни сақлаш соҳасини янада ривожлантиришга оид энг муҳим масалалар юзасидан ахборот бердилар. Ушбу парламент эшитувлари Қонунчилик палатасидаги сиёсий партиялар фракциялари ва депутатлар ташаббуси билан киритилган парламент сўровига мувофиқ бўлиб ўтди.

Шунингдек, 2010 йилда Қонунчилик палатаси депутатлари инқирозга қарши чоралар доирасида Ишлаб чиқаришни модернизация қилиш, техникавий ва технологик қайта жиҳозлаш бўйича муҳим лойиҳаларни амалга ошириш чора-тадбирларининг 2009-2014 йилларга мўлжалланган дастури ижро этилиши тўғрисида Ўзбекистон Республикаси Бош вазирининг биринчи ўринбосари – молия вазири Р.С.Азимовга, Ўзбекистон Республикаси Бош вазирининг ўринбосари – ташқи иқтисодий алоқалар, инвестициялар ва савдо вазири Э.М.Ғаниевга, Ўзбекистон Республикаси иқтисодий вазири С.Х.Бекеновга парламент сўрови йўллаш ташаббуси билан чиқдилар⁹.

Шунингдек, Қонунчилик палатасининг мажлисида депутатлар Ўзбекистонда БМТнинг Минг йиллик ривожланиш мақсадларини амалга ошириш натижалари бўйича парламент эшитувини ўтказдилар ҳамда

қонун ҳужжатлари мониторинги институти нашриёти, 2012. – Б. 46-47.

⁸ Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисининг Қонунчилик палатаси тўғрисида”ги Конституциявий қонун // Lex.uz.

⁹ Ўзбекистон: Амалий қўлланма. Барқарор ижтимоий-иқтисодий ривожланишнинг ва инсон тараққиёти принциплари амалга оширишнинг парламент томонидан таъминланиши. -Т., 2011. – Б. 64.

Қонунчилик палатасида “2009–2014 йилларда Ишлаб чиқаришни модернизация қилиш, техникавий ва технологик қайта жиҳозлаш бўйича энг муҳим лойиҳаларни амалга ошириш чоратadbирлари дастурининг бажарилиши тўғрисида”ги парламент эшитуви бўлиб ўтди. Бундан ташқари, Қонунчилик палатаси кўмиталари вазирликлар ва идоралар раҳбарларининг қонунлар ҳамда бошқа қонун ҳужжатларининг бажарилиши тўғрисидаги ҳисоботларини эшитиш амалиётидан кенг фойдалана бошладилар. Бу амалиёт кўмита эшитуви тарзида амалга оширилмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатаси Регламентининг¹⁰ 33-моддасида Қонунчилик палатасининг мажлисида ҳукумат аъзоларининг фаолияти масалалари юзасидан уларнинг ахборотини эшитиш фракциялар ва депутатлар гуруҳларининг ташаббусига кўра амалга оширилади ҳамда Қонунчилик палатаси мажлисларининг кун тартибига мувофиқ ўтказилади, деб белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Қонунчилик палатасида сиёсий партиялар фракциялари Палата кўмиталари қонун ижодкорлиги ва унинг назорати жараёнида яқин ҳамкорлик қилади. Бугунги кунда Қонунчилик палатасида ўнта Кўмита, тўртта сиёсий партиялар фракциялари ва депутатлик гуруҳи фаолият кўрсатади. Кўмиталарнинг вазифаларидан бири Қонунчилик палатаси муҳокамасига киритиладиган масалаларни дастлабки тарзда кўриб чиқиш ва палата муҳокамасига киритишдир. Шундай экан, қонун яратиш, унинг устида ишлаш учун палата кўмиталари, сиёсий партиялар фракциялари ўртасида самарали ҳамкорлик кўзланган натижага эришиш гаровидир.

Кўмиталар Қонунчилик палатаси мажлисига олиб чиқишга тайёрланаётган қонун лойиҳалари юзасидан сиёсий

партия фракцияларининг фикр ва таклифларини ҳисобга олиш билан бирга, қонун лойиҳаси муҳокамаси ўтказилаётган сиёсий партия йиғилишида кўмиталар аъзолари катнашиб, фуқароларга қонун лойиҳаларининг мақсад-моҳиятини атрофлича тушунтириб бермоқдалар. Бундан ташқари, сиёсий партия фракцияси партиянинг дастурий мақсади, вазифаси ва сайловолди платформаси ҳамда депутатларнинг фикр ва таклифларини умумлаштирган ҳолда қонун лойиҳаси бўйича фракциянинг нуқтаи назарини белгилаб олади ва ёзма равишда масъул кўмитага билдиради. Кўмитада эса фракциянинг муносабати муҳокама этилади. Сиёсий партия фракцияси аъзолари қонун лойиҳаси бўйича масъул кўмита йиғилишида иштирок этиб, фракция нуқтаи назарини ҳимоя этишлари мумкин. Энг муҳими, қонунни тасдиқлаш жараёнигача сиёсий партияларнинг фракциялари ўз таклиф ва мулоҳазаларини ифодалаш имкониятига эга.

Сиёсий партиялар фракциялари ва депутатлик гуруҳининг парламент назоратидаги, аниқроқ айтганда, Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатаси томонидан парламент назоратини амалга оширишдаги ролини юқоридагилардан келиб чиқиб, куйидагича таснифлаш мумкин:

- партия фракциялари ва депутатлик гуруҳи аъзоларининг кўмита аъзоси сифатида назорат-таҳлил фаолиятида иштироки (партия дастурини илгари суриш орқали);

- фракция ва депутатлик гуруҳининг раҳбарлари Кенгаш аъзоси сифатидаги иштироки орқали, яъни кўмиталар иш режаларини, хусусан назорат-таҳлил фаолиятини белгилашда партия дастурини сингдириш орқали;

- кўмиталар ўтказган назорат-таҳлил ишига партия ёки депутатлик гуруҳининг муносабатини билдириш орқали (ОАВда бўлиши мумкин);

- партия аъзолари ва сайловчилар билан уларнинг таклиф-истакларини

¹⁰ “Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатасининг Регламенти тўғрисида”ги Қонуни // Lex.uz.

ўрганиш мақсадида ёки партия дастурига оид конференция, давра суҳбатлари ва бошқа тадбирлар уюштириш ҳамда тегишли қарор қабул қилиш орқали (қарор тавсиявий тусда бўлади)¹¹.

Бундан ташқари, сиёсий партия фракциялари ва депутатлик гуруҳи парламент назоратини амалга ошираётган пайтда қуйидагиларга ҳақли эканлигига эътибор қаратиш лозим:

Қонунчилик палатаси йиғилиши кун тартибига парламент назорати предметини ташкил этадиган масалалар муҳокамасини қўйиш юзасидан таклифлар бериш;

Комиссия ташкил этиш юзасидан масалани кун тартибига қўйиш;

Комиссия аъзолигига ва раислигига номзодлар юзасидан таклифлар киритиш;

Қонунчилик палатаси йиғилишида мансабдор шахслардан уларнинг ваколатига тегишли бўлган масалалар юзасидан асосли тушунтиришлар ва ўзининг қарашини баён этишни талаб этиш;

парламент назорати предметига тааллуқли бўлган қарор лойиҳалари юзасидан таклифлар киритиш;

Қонунчилик палатаси йиғилишида Вазирлар Маҳкамаси аъзосини у бошқариб келаётган давлат ёки хўжалик бошқаруви юзасидан ҳисоботини эшитиш юзасидан масалани кун тартибига қўйиш;

парламент назоратини амалга ошириш учун давлат органлари, нодавлат органлари ва уларнинг мансабдор шахсларидан керакли ҳужжатларни талаб қилиб олиш ва қонун ҳужжатларида белгиланган бошқа масалалар юзасидан фаоллик кўрсатиш¹².

¹¹ Парламент назорати самарадорлигини таъминлашнинг долзарб масалалари (илмий-амалий, услубий қўлланма) / Масъул муҳаррир ю.ф.н. Ф.Э.Мухамедов. – Т.: Ўзбекистон Республикаси Президенти ҳузуридаги Амалдаги қонун ҳужжатлари мониторинги институти нашриёти, 2012. – Б. 50.

¹² Парламент назорати самарадорлигини таъминлашнинг долзарб масалалари (илмий-амалий, услубий қўлланма) / Масъул муҳаррир ю.ф.н. Ф.Э.Мухамедов. – Т.: Ўзбекистон Республикаси Президенти ҳузуридаги Амалдаги қонун ҳужжатлари мониторинги институти нашриёти, 2012. – Б. 50-51.

Шундай экан, парламент назоратини самарали амалга ошириш учун сиёсий партияларга тегишли ҳуқуқий шароит яратилган бўлиб, бундай имкониятлардан янада самарали фойдаланиш лозим. Бунда, аввало, кўмиталар ўтказаятган назорат-тахлил фаолиятида партиялар ўз сайловчилари ва партия позициясини ўрганиш ҳамда уларнинг қонунчиликни такомиллаштиришга оид фикрларини парламентга етказиш ишларини фаоллаштириш, қонунлар ижроси назоратини, ижроия органлари фаолиятини кузатиб бориб, таҳлил этиши муҳим аҳамият касб этади.

ПЕДАГОГИКА

КИМЁ ФАНИНИ ЎРГАНИШ ЖАРАЁНИДА ТАЛАБАЛАР МАЪНАВИЯТИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ

**Юнусова З., Яхшиева З., Мўминова
Н.И., Ҳамидова Х.М. - Жиззах Давлат
педагогика институти**

Аннотация: Хоразм Маъмур академияси намояндаларининг бой илмий мероси, уларнинг фан йўлида фидойи бўлганликларини талабаларга аниқ далиллар асосида тушунтириб бериш, она диёримизнинг шон-шухрати, қудрати, салоҳиятини янада мустаҳкамлашда миллий онг ҳамда миллий гуруҳ туйғуси муҳим восита эканлиги.

Калит сўзлар: маънавият, ўзбек миллати, алломалар, тараққиёт, таълим стандартлари, ўқув дастури, кимё, алкимё, гуруҳ, юртпарварлик, бой илмий мерос.

Аннотация: разъяснение студентам на основе фактических материалов богатого научного наследия учёных Хорезмской академии Маъмуна и их преданности к науке, имеет важное значение в воспитании их в духе

гордости за свою Родину и укрупнению национальной сознательности.

Ключевые слова: *духовность, узбекская нация, учёные, развитие, стандарты образования, учебная программа, химия, алхимия, гордость, патриотизм, богатое научное наследие.*

Abstract: *thoroughly explaining students about the rich scientific heritage of great scientists in Khorezm Mamun academy and their adherence to science will be an important means in bringing youth with patriotic spirit, fairness, faithfulness and national pride.*

Key words: *spirituality, Uzbek nation, ancient scientists, development, educational standards, educational program, chemistry, alchemy, pride, patriotism, rich scientific heritage.*

Маълумки, Хоразм Маъмур академияси намояндлари математика, физика, механика ва бошқа табиий фанлар сингари кимё соҳасида ҳам олға илгарилаб кетганликларига фан тарихи гувоҳлик беради. Бу ўринда таникли тарихчи, англиялик Ж. Бериалл шундай ёзади: “Оврупанинг катта қисми Рим империяси қурилишида алғов-далғов бўлиб ётган пайтда мусулмон дунёси мислсиз тараккиётни бошдан ўтказган эди. Мусулмон олимлари тирик ва ривожланаётган фанни яратдилар. Улар Эрон, Ҳиндистон, Хитой ва Юнонистон илимини ижодий ривожлантириб математика, астрономия ва медицинани кенгайтirdилар, алгебра, тригонометрия ва оптикага асос солдилар. Энг ҳал қилувчи ютуқларни кимё ва алкимё соҳасида қўлга киритдилар, улар эски назарияларни тубдан қайта ишладилар, унга янги тажриба яқунларини қўшдилар ва янги кимё фанини яратдилар”¹³ Наука в истории общества. М: Наука, 1956. Шу боисдан Хоразм замида Беруний, Ибн Сино, кейинчалик Абдурахмон ал-Хазинийнинг ноорганик кимё, аналитик кимё, органик кимё фанларига асос

солганликлари тўғрисидаги бой илмий меросни олий таълим тизимида кимё фанини ўрганиш жараёнида талабаларга тўғри, ҳаққоний равишда аниқ материаллар асосида кўрсатиб бериш, бўлажак ўқитувчиларда ўзбек миллатига мансублигидан ғурурланиш, юртпарварлик каби фазилатларни шакллантириш манбаи бўла олади.

Ноорганик кимё фанининг “Кириш”, “Кимёвий реакциялар”, “Металларнинг умумий обзори” ва бошқа мавзуларини ўрганиш жараёнида талабалар Ибн Синонинг ноорганик кимё фанига асос солганлардан бири эканлигига яна бир бор ишонч ҳосил қиладилар. Чунки у олтин, симоб, кумуш, мишьяк (маргумуш), темир, қалай, сурма, олтингугурт, кўрғошин, мис ҳамда уларнинг бирикмалари бўлган аммоний, хлор, ишқор, аччиктош, купарос ва ҳоказо тузларнинг хусусиятларини чуқур ўрганибгина қолмай, балки уларни ўзининг табиблик амалиётида маҳорат билан қўллади.

Металларнинг умумий обзори курсининг “Иккинчи гуруҳнинг а-элементлари” бўлимини ўрганиш жараёнида Ибн Сино кимё фани тарихида биринчи бўлиб симобни металлар гуруҳига киритганлигини ва унинг бошқа металлар билан бирика олиши, қотишмалар ҳосил қилиш қобилятини тажрибада исботлаб берганлиги туфайли талабалар буюк ватандошимизнинг тенги йўқ илмий салоҳиятга эга эканлигига ишонч ҳосил қилиб, миллий ифтихорга тўладилар. Шу аснода Ибн Сино томонидан кимё фани тарихида биринчи бўлиб, симоб ва олтингугурт бирикмасини ўз халқининг саломатлиги йўлида ишлатганлигини талабаларга кўрсатиш буюк алломанинг улар учун ўрнатган бўладиган юксак халқпарвар, миллатпарвар эканлигидан далolat беради. Ибн Синонинг ўз даврининг тенги йўқ кимёгари деган фикрни талабалар онгига сингдириш мақсадида уларнинг диққатини буюк ватандошимизнинг кимё тарихида биринчи бўлиб сурма ва қалайнинг

¹³ Наука в истории общества. М: Наука, 1956.

хусусиятлари ўхшашликларини тажрибада исботлаб берганлигига ҳамда уларнинг олтингугуртли бирикмаларини ошқозон касалликларини даволашда қўлланганлигига жалб қилиш жоиздир.

Миллий ва умумбашарий кадрятлар асосида маънавий покланаётган жамиятда Ибн Сино илмий маънавияти талабалар учун ўзига хос, бетакрор ибрат мактаби бўла олишини кимё фанининг “Эритмалар ва сувли эритмаларда реакциялар” бўлимини ўрганиш жараёнида ҳам кўрсатиш мумкин. Бунга мисол қилиб Ибн Синонинг кимё фани таракқиётида биринчи бўлиб сувда эриган моддаларнинг миқдорини аниқлашда ўзининг оддийлиги ва оригиналлиги билан ажралиб турадиган, тортиш усулини қўллаганлиги ва мазкур усулни ҳозирги кунда ҳам муваффақият билан қўлланиб келаётганлигини кўрсатиш мумкин. Айниқса, унинг тоза (дистилланган) сув олиш, сувда эриган моддалар, аралашмаларнинг заррачалари билан ўзаро тортишиб туриш механизми, аралашмаларни чўктириш тўғрисидаги мулоҳазалари, салкам 8-9 асрдан кейин М. В. Ломоносов, Д. И. Менделеев, И. А. Каблуков каби рус олимларига салватация, чўктириш назариясини ишлаб чиқиш учун муҳим пойдевор бўлганлигини таъкидлаш бўлажак ўқитувчиларда бой илмий меросимиз, маънавий маданиятимизга ҳурмат ҳисларини сингдиришда ижодий таъсир кўрсатади.

Ибн Сино илмий салоҳиятининг нақадар улканлигини, бетакрор эканлигини олтин ва кумуш элементлари устида ўтказган тадқиқотлари асосида бир металлни иккинчи бошқа бир металлга айлантиришни йўли йўқлигини кимё фани тарихида биринчи бўлиб тушуниб етганидан, ўша даврда фанда ҳукмрон бўлган алхимиклар назариясини ҳеч қандай илмий асосга эга эмаслигини исботлаб берганидан ҳам кўриш мумкин. Ҳақиқатдан ҳам алхимикларнинг оддий металлларни олтин ёки кумушга айлантириш бўйича илгари сурган ғоялари металлларнинг хусусиятлари ва

ранглари билан фойдаланиб, олинган қотишмаларни ҳақиқий олтин деб кўрсатишга уринишлар бўлиб, аслида уни алдамчилик, лўттибозликдан иборат эканлигини Ибн Сино биринчи бўлиб симоб ва бошқа металллар мисолида исботлаб, ҳақиқий илмий кимё фанининг кейинги ривожланишига улкан ҳисса қўшди.

Буюк ватандошимизнинг кимё фани таракқиётига қўшган ўчмас ҳиссасини, унинг амалий кимё фанини илмий асосланган йўлдан ривожланишига асос солганидан ҳам кўриш мумкин. Бу ерда гап, кимёвий моддаларни гуруҳлашда кимё фани тарихида биринчи бўлиб Ибн Сино нашатир ва аччиқтошни тузлар гуруҳига киритганлиги устида бормоқда.

Шундай қилиб, Хоразм Маъмур академияси намояндаларининг бой илмий мероси, уларнинг фан йўлида фидойи инсонлар бўлганликларини талабаларга аниқ далиллар асосида тушунтириб бериш, шубҳасиз бўлажак ўқитувчиларни она диёримизнинг шон-шухрати, қудрати, салоҳиятини янада мустаҳкамлашда ҳамда уни бутун дунёга ёйиш учун миллий онг ҳамда миллий ғурур туйғуси билан ҳалол меҳнат қилишда муҳим восита бўлади.

Адабиётлар:

1. Ахмедов Т., Жураев Х. М. Вопросы химии в трудах Авиценны // Химия в школе. 1980. - № 6, - С. 20-22.
2. Наука в истории общества. - М.: Наука, 1956.
3. Ахмеров К. М. Развитие химической науки в Узбекистане // Химия в школе. - 1982. - № 6, - С 17-18.

МУХТАРАМ ЖУРНАЛХОН!

Хоразм Маъмун академияси ахборотномаси журнали 2006 йилдан буён ҳар 3 ойда бир марта чоп қилиб келинмоқда.

Ахборотномада илм-фаннинг барча соҳалари бўйича долзарб мавзулардаги ижтимоий, иқтисодий, маданий-маърифий йўналишдаги ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги илмий мақолалар нашр этилади.

Журналга илмий мақолалар қуйидаги тартибда қабул қилинади:

Мақола ҳажми – 0.25 б.т. (4 саҳифа) дан кам бўлмаслиги, - 1 б.т. (16 саҳифа)дан кўп бўлмаслиги лозим. Мақола Times New RomanUz шрифти, ҳажми - 14, қатор оралиғи - 1,5, чап томондан 3 см, бошқа томонлардан 2 см қолдирилган ҳолатда А4 ҳажмли стандарт қоғознинг бир томонига чоп этилган ва муаллиф(лар)нинг шахсий имзоси билан тасдиқланган ҳолда бир нусхада топширилиши керак. Электрон шакли Word2007 дастури, rtf. форматда диск орқали ёки xma_axb@inbox.uz электрон манзили орқали қабул қилинади.

Мақола тегишли фан соҳаси бўйича фан доктори тақризига ва ташкилот томонидан эксперт хулосаси эга бўлиши талаб қилинади.

Мақола расмийлаштирилганда саҳифанинг юқори чап бурчагида УЎТ (УДК), бир ораликдан кейин бош ҳарфларда мақола мавзуси, кейинги сатрда муаллиф (лар)нинг исми, шарифи, отасининг исми, илмий даражаси ва илмий унвони, иш жойи ва лавозими тўлиқ ёзилади. Кейин ўзбек, рус ва инглиз тилларида аннотация ва калит сўзлар келтирилади. Аннотация 2-3 жумладан иборат бўлиб, мақола мазмунини ўзида ифодалаши лозим. Калит сўзлар мавзунини очиб берадиган сўз ва иборалар бўлиб, 10 тадан ошмаслиги керак.

Мақолада кириш, мавзунинг долзарблиги, масаланинг мазмуни, ечим ҳамда тегишли хулоса ва тавсиялар келтирилиши, сўз, ибора ва формулаларнинг аниқ, гап ва жумлалар тизимли бўлиши лозим.

Таҳририят мақолаларни таҳрир қилиш ва қисқартириш ҳуқуқига эга. Талаб даражасида расмийлаштирилмаган мақолалар журналда эълон қилинмайди. Таҳририят муаллифларга қўлёзмаларни қайтариш, ёзма жавоб бериш мажбуриятини олмайди.

Хоразм Маъмун академияси ахборотномасига мақола берувчилар бадал пулини қуйидаги ҳисоб рақамига тўлашлари мумкин.

СТИР 202463612

ОКОНХ 95110

ШХВ: 400110860332267950100043001

Ғазначилик бўлинмасининг номи Молия вазирлиги ғазначилиги

ЕКС: 23402000300100001010

Банк номи: Марказий банк Тошкент шаҳар Бош бошқармаси ХККМ

МФО 00014

Ғазначилик бўлинмаси СТИРи 201122919

Ахборотномага обуна бўлиш учун қуйидаги манзилга мурожаат қилинг:

220900, Хива шаҳри, Марказ-1.

Тел/факс: 8 (362) 375-70-01.

www.mamun.uz, xma_axb@inbox.uz

ОБУНА – 2014

Журнал га обуна – 1 йилга 60 000 сўм
Журналнинг бир сони – 15 000 сўм

Обуна таҳририятда амалга оширилади. Журнал таҳририят томонидан обуначига етказиб берилади.