

ПРИЛОЖЕНИЕ
№1

ОСНОВАН
1996
ГОДУ
ISSN 2091-5039

№4
2022

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ПЕДИАТРИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Педиатрия

научно-практический журнал

Зарегистрирован Агентством печати и информации Республики Узбекистан 29 декабря 2006 году. Свидетельство № 02-009

Решением Высшей аттестационной коммиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Педиатрия» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора медицинских наук (Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года)

Публикация рекламы на коммерческой основе.

За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель.

Рекламадатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются авторам. Авторы несут ответ-ственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имен и и фамилий.

Адрес редакции:
100140, Республика Узбекистан,
г.Ташкент, ул.Богишамол, 223
тел.: +99871 260-28-57;
факс: +99871 262-33-14
сайт: tashpmi.uz/ru/science/journal_pediatry
Индекс для подписчиков: 852
Распространяется только по подписке.

Заведующая редакцией: В.Р. Абдурахманова
Технический редактор: М.И. Мансурова
Редакторы:Д.И.Усмонова, Н.У.Мехмонова Н.И.Гузачева
Дизайн и верстка: А.Асраров
Формат 60x84 1/8, усл.печ.л. 21. Заказ № 1297
Тираж 70 шт
Подписано в печать 26.12.2022 г
Отпечатано в ООО “Credo Print”,
г. Ташкент, ул. Богишамол 160.

Главный редактор: Даминов Б.Т
Заместитель главного редактора: Гулямов С.С.
Ответственный секретарь: Муратходжаева А.В.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аитов К.А. (Иркутск, Россия)
Алимов А.В. (Ташкент)
Арипова Т.У (Ташкент)
Атаниязова А.А.(Нукус)
Ахмедова Д.И. (Ташкент)
Баранов А.А. (Москва, Россия)
Боранбаева Р.З.(Астана, Казахстан)
Джумашаева К.А. (Бишкек, Кыргизистан)
Дэвил Д. (Рим, Итальянская Республика)
Захарова И.Н (Москва, Россия)
Зоркин С.Н. (Москва, Россия)
Иванов Д.О. (Санкт-Петербург, Россия)
Иноятов А.Ш.(Бухара)
Малов И.В. (Иркутск, Россия)
Матазимов М.М.(Андижан)
Набиев З.Н. (Душанбе, Таджикистан)
Орел В.И. (Санкт-Петербург, Россия)
Разумовский А.Ю. (Москва, Россия)
Рикардо С. (Вашингтон, США)
Рузибоев Р.У.(Ургенч)
Туйчиев Л.Н. (Ташкент)
Хаитов К.Н. (Ташкент)
Чонг Пёнг Чунг (Сеул, Южная Корея)
Шамсиев А.М.(Самарканд)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Алиев М.М. (Ташкент)
Амонов Ш.Э. (Ташкент)
Арипов А.Н. (Ташкент)
Асадов Д.А. (Ташкент)
Ашурова Д.Т. (Ташкент)
Бахрамов С.С. (Ташкент)
Бузруков Б.Т. (Ташкент)
Даминов Т.О. (Ташкент)
Иноятова Ф.И. (Ташкент)
Искандаров А.И. (Ташкент)
Камилова А.Т. (Ташкент)
Кариев Г.М. (Ташкент)
Каримжанов И.А. (Ташкент)
Маджидова Ё.Н.(Ташкент)
Рахманкулова З.Ж. (Ташкент)
Саатов Т.С. (Ташкент)
Сатвалдиева Э.А. (Ташкент)
Содикова Г.К. (Ташкент)
Таджиев Б.М (Ташкент)
Таджиев М.М. (Ташкент)
Ташмухамедова Ф.К. (Ташкент)
Хасанов С.А. (Ташкент)
Шамсиев Ф.М. (Ташкент)
Шарипов А.М. (Ташкент)
Шарипова М.К. (Ташкент)
Шомансурова Э.А. (Ташкент)
Эргашев Н.Ш. (Ташкент)

Юлдашева Г.И.

ДИАГНОСТИКА ПСИХО - МОТОРНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ПЕРИОДЕ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Диагностика психо-моторных и поведенческих расстройств, у детей рожденных недоношенными и с низкой массой тела, проведение своевременной коррекции с целью снижения инвалидизации.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели были обследованы 62 ребенка (основная группа), рожденные недоношенными. Все дети проходили лечение в отделении патологии новорожденных 1-ой городской клинической детской больницы, в городском перинатальном центре. Также проведен амбулаторный осмотр детей в 17-семейной поликлинике в 2019 – 2021 годах. Возраст детей на момент анализа клинических данных варьировал от 0 до 3 лет (36 месяцев), средний возраст обследованных детей - 18,9 месяцев. Для контрольной группы выбраны 10 практически здоровых детей до 3х лет.

В основной группе наблюдались 62 ребенка, из них 28 девочек (45,2%), 34 мальчика (54,8 %), родившиеся недоношенными со сроком гестации 28 - 36 полных недель беременности. Для исследования психо -моторных функций, обследуемый контингент был разделён на 3 группы, в зависимости от массы тела при рождении. 1-ю группу составили 12 детей с экстремально низкой массой тела −500- 999 г, 2-ю группу −24 детей с очень низкой массой тела −1000- 1490 г, и 3-ю группу 26 детей с низкой массой тела − 1500- 2500 г.

Результаты. Проведенные нами обследование показывает, что дети из 1ой и 2ой группы выраженно отстают от показателей нормы. Дети из 3й группы с низкой массой тела показывали более хорошие результаты и приблизились к показателям нормы. Исходя из вышеперечисленных данных можно сделать выводы, что чем меньше масса тела и срок гестации ребёнка при рождении, тем выше риск отставания/ задержки в темпе развития в когнитивной и моторной сфере.

Несмотря на достижения в неонатальном уходе, преждевременные роды остаются ведущей причиной неврологической инвалидности у детей. Благодаря внедрению современной медицинской технологии в развитых странах выживают дети с наименьшей массой тела. В странах СНГ с 2012 г. осуществлен переход на международные критерии живорождения, по рекомендациям ВОЗ, введены стандарты регистрации живорожденных младенцев, на сроке беременности 22 недели и весом более 500 граммов при рождении [7]. Это сложная сфера, требующая особой подготовки медицинского персонала. В нашей Республике организованы перинатальные центры с современными технологиями, которые готовы осуществлять высококвалифицированную медицинскую помощь младенцам, включая реанимацию и интенсивную терапию. Младенцы, рожденные преждевременно, особенно те, которые родились в самом раннем гестационном возрасте, обычно демонстрируют повышенную частоту нарушений в различных областях нейродинамики [1,2]. Показатели инвалидности крайне высокое среди детей, рожденных с экстремально и очень низкой массой тела. Первые три месяцев жизни после рождении считается решающим периодом, для выживания недоношенных детей, так как, лечащий медицинский персонал не может заранее предсказать исходов течения перинатального периода. Исходы тесно связаны с своевременно и правильно проведенными лечебными и реабилитационными мероприятиями.

Обследования по шкале Бейли признано в мире как «золотой стандарт» в оценке развития детей в раннем детском возрасте. Тест проводится следующим категориям детей:

- Детям группы риска: недоношенные, с ишемией головного мозга, перинатальными патологиями, судорожным синдромом;
- Здоровым детям с целью профилактики и предотвращений неврологических расстройств до проявлений симптомов болезни.

При помощи теста Бейли вычисляется индекс психического развития (ИПР) и индекс психо-моторного развития (ИПМР) [5,6].

Цель работы - диагностика психо -моторных и поведенческих расстройств, у детей рожденных недоношенными и с низкой массой тела, проведение своевременной коррекции с целью снижения инвалидизации.

Материалы и методы

Для решения поставленной цели были обследованы 62 ребенка (основная группа), рожденные недоношенными. Все дети проходили лечение в отделении патологии новорожденных 1-ой Городской клинической детской больницы, в Городском перинатальном центре. Также проведен амбулаторный осмотр



детей в 17-семейной поликлинике в 2019 – 2021 годах. Возраст детей на момент анализа клинических данных варьировал от 0 до 3 лет (36 месяцев), средний возраст обследованных детей - 18,9 месяцев. Для контрольной группы выбраны 10 практически здоровых детей до 3х лет.

В основной группе наблюдались 62 ребенка из них 28 девочек (45,2%), 34 мальчика (54,8 %) родившийся недоношенными со сроком гестации 28 - 36 полных недель беременности. Для исследования психо -моторных функций, обследуемый контингент был разделён на 3 группы, в зависимости от массы тела при рождении. 1-ю группу составили 12 детей с экстремально низкой массой тела −500- 999 г, 2-ю группу −24 детей с очень низкой массой тела −1000- 1490 г, и 3-ю группу 26 детей с низкой массой тела −1500- 2500 г.

Для оценки психо -моторного развития недоношенных детей нами был выбран тест по шкале Бейли. Шкала Бейли является результатом более чем 50 летних исследований и предназначена для стандартизированной серии измерений, используемых для оценки развития детей от 1 до 42 месяцев. Тест Бейли состоит из трёх шкал:

- когнитивная шкала- обследует психическое развитие;
- моторная шкала – обследует способность управлять своим телом;
- поведенческая шкала - обследует эмоциональное развитие ребенка.

Шкалы психического и моторного развития состоят из 274 пункта, протокол поведения ребенка содержит 30 пунктов. Все три показателя рассчитывается по отдельности и оценивается в перцентилях. При оценке проведенного тестирования рассматривается и учитывается адаптация ребенка на новую окружающую среду и к врачу, также всегда обеспечивается присутствие родителей [3,4].

Полученные результаты оценивается с помощью следующей классификации (табл.1).

Таблица1

Классификация по индексам психического и психо -моторного развития детей по шкале Бейли (Bayley Scales of Infant Development)

Показатели ИПР, ИПМР (в перцентилях)	Классификация
115<	Опережающее развитие
85-114	В пределах нормы
70-84	Отставание в развития
69>	Значительное отставание развития

Обследование поведенческого развития проводится с помощью 4-х субтестов: моторные функции, внимание/мобилизация, ориентация/вовлеченность, эмоциональная уравновешенность. В итоге все четыре показателя суммируются и классифицируются по возрастным аспектам младенца (табл.2) [3,4].

Таблица 2

Классификация поведенческой шкалы в возрастных группах по Бейли

Возраст ребёнка	Не оптимальный результат (в перцентилях)	Сомнительный результат (в перцентилях)	В пределах нормы (в перцентилях)
1-5 месяцев	18-60	61-66	67-90
6-12 месяцев	28-104	105-112	113-140
13-42 месяцев	26-93	94-102	103-130



Результаты и обсуждение

Анализы поведенного тестирования показывают, что обследованные дети из трёх групп отстают в когнитивном и моторном развитии.

По полученным данным ИПР 1ой группы, детей с ЭНМТ составляет 62,3 перцентиля, что отстает от нормы на 26,7%, ИПМР 69,4 перцентиля, отстаёт от нормы на 18,4%. Показатели средней корреляции ИПР для первой группы равны от 52 до 67 перцентиля. Средняя корреляция ИМПР равна от 53 до 76 перцентиля.

Результаты 2ой группы, у детей с ОНМТ ИПР составил - 72,4 перцентиля, что отстаёт от нормы на 14,8%, ИПМР - 81 перцентиля, от нормы отстает на 4,7%. Показатели средней корреляции ИПР 2ой группы равны от 64 до 91 перцентиля. Средняя корреляция ИМПР равна от 51 до 102 перцентиля.

Результаты 3й группы: ИПР у детей с НМТ составил 83,4 перцентиля, что ниже нормы на 1,9%. ИПМР составил - 84,6 перцентиля, ниже нормы на 0,5%. Показатели средней корреляции ИПР для данной группы равны от 55 до 119 перцентиля. Средняя корреляция ИМПР равна от 53 до 124 перцентиля.

По данным можно отметить, что моторное развитие, младенцев 1ой с ЭНМТ и 2ой группы с ОНМТ заметно опережает по сравнению с когнитивной. У детей 3-й группы, с НМТ когнитивное и моторное развитие идёт в одинаковом темпе.

При оценке поведенческого развития по шкале Бейли проведенные исследования недоношенных детей показали следующие результаты:

1 группа - дети с ЭНМТ-социальная адаптация, контакт со внешними факторами, настроенность на соотрудничество, также мелкая и крупная моторика, эмоциональная уравновешанность наблюдались у 18 % детей в пределах нормы, у 34 % сомнительный результат и у 48 % детей не оптимальный результат.

2 группа - дети с ОНМТ- у 21% - в пределах нормы, у 37 %- сомнительный, у 42% - не оптимальный результат.

3 группа - дети с НМТ - у 25% в пределах нормы, у 52%- сомнительный результат, у 23% - не оптимальный результат. Проведенный анализ исследования указывает на то что, чем меньше гестационный возраст и вес при рождении ребенка, тем сложнее проходит этап эмоционально поведенческого развития и адаптации в жизненном процессе.

Таким образом**,** шкала Бейли создана на основе современного подхода к диагностике моторного и психического развития детей раннего возраста. Проведенные данные показывают, что дети с экстренно низкой массой тела и очень низкой массой тела выраженно отстают от показателей нормы. Дети с низкой массой тела показали более хорошие результаты и были близки к показателям нормы. По этой шкале можно оценить состояние моторики, способность управлять своим телом, обследовать психическое развитие и эмоциональное развитие ребенка. Исходя из выше перечисленного можно сделать выводы, что чем меньше масса тела и срок гестации ребёнка при рождении, тем выше риск отставания/ задержки в темпе развития в когнитивной и моторной сфере.

Литература

1. Administration manual. London: Association for Researchin Infant and Child Development (ARICD); 2006.

2. Bayley N. Bayley scales of infant and toddler development. 3rd ed. – S.A., TX: Harcourt Assessment Inc., 2006. 8. Bayley N. Bayley Scales of Infant Development. – N.Y.: Harcourt Assessment, 1969.

3. Bayley N. Manual for the Bayley scales of infant development. 2nd ed. – S.A., TX: The Psychological Corporation, 1993. Наблюдение за глубако недошенными детьми на первом году жизни/ Т.Г. Демьянова и др.- М.: Медпрактика –М, 2006.-148 с.

4. Кешишян ЕС, Сахарова ЕС. Психомоторное развитие как критерий неврологического здоровья недоношенного ребенка. Лечащий Врач. 2004;5:21-27.

5. Огородова И.И. Загороднева В.И., Чепель Л.Л. Мамай И.Б. Опыт ведения детей с последствиями перинатального поражения нервной системы в течение первого года жизни в амбулаторных условиях/2012г Клиническая практика.

6. Рожденные слишком рано. Доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов. Всемирная организация здравоохранения. 2014.

7. Синтия Э. Роджерс, RachelE. Lean, MuriahD. Wheelock &ChristopherD. Smyser Журнал нервно-психических расстройств том10, номер статьи: 38 (2018).

8. Технология улучшения качества жизни глубоко недоношенных детей: перспективы развития / Э.К. Цыбулькин, О.Н. Ворожко, А.М [и др.] // Детская больница. – 2002. – № 3. – С. 14.

Yuldasheva G.I.

MUDDATIDAN OLDIN TUG‘ILGAN BOLALARDA PSIXO- MOTOR VA XULQ-ATVOR RIVOJLANISHINI ERTA BOLALAIK DAVRIDA TASHXISLASH

Kalit so’zlar: muddatidan oldin tug’ilish, ekstremal kam vazn, juda kam vazn, gestatsion yosh, muddatidan oldingi tug’ruq.

Ushbu maqolada ekstremal kam vazn, juda kam vazn va kam vazn bilan tug‘ilgan bolalarni psixo- motor va xulq-atvor rivojlanishi erta bolalaik davrida tekshirildi. Tadqiqod o‘tkizish maqsadida, Yevropa va AQSH davlatlarida “oltin standart” hisoblangan Beyli testi tanlandi. Ushbu testining afzalligi shundaki, bu test muddatiga yetib, hamda muddatiga yetmay tug‘ilgan go‘daklarda o‘tkizaladi.

Yuldasheva G.I.

A METHOD FOR DIAGNOSING PSYCHO-MOTOR AND BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN BORN PREMATURELY IN THE EARLY CHILDHOOD PERIOD

Key words: prematurity, extremely low body weight, very low body weight, gestational age, premature birth.

This article enlightened the psychomotor development of 3-groupchildren born prematurely with extremely low, very low and low body weight in the early childhood period. The study was carried out using the Bailey test, which is the “gold standard” in European countries and in the United States in assessing psychomotor and behavioral development in the grouth of young children. The uniqueness of this scale is using in children born full-term and premature at birth.

Султанова Н.С.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТОБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить особенности метаболических нарушений у подростков в зависимости от вида вскармливания.

Материал и методы. Для достижения данной цели были изучены клинико-лабораторные методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови: липидный спектр крови: холестерин низкой плотности, липопротеид высокой плотности, триглицериды, а также проведено динамическое наблюдение за детьми в течение 14 лет.

Результаты. В зависимости от вида вскармливания у детей нами были установлены следующие закономерности. Как видно из содержания гемоглобина, глюкозы и параметров липидного профиля у детей в зависимости от вида вскармливания у детей, находившихся на ИГВ, наблюдаются показатели в пределах нормативных значений, при СГВ установлена тенденция к дисбалансу лабораторных показателей метаболического процесса. Выраженные нарушения в лабораторных показателях отмечаются у детей, находившихся на СГВ и ИВ вскармливании.

В последние годы изменения в практике вскармливания детей и ухода за ними, требуют медико-биологического обоснования целесообразности данных мероприятий [1].

Рациональное вскармливание и уход за ребенком является важным фактором, способствующим оптимальной реализации его генетического потенциала морфологического и функционального развития как на ранних этапах, так и в последующие периоды жизни [2,7].

Бесспорное преимущество в этом плане принадлежит естественному вскармливанию материнским молоком, обладающим уникальным составом и биологическими свойствами, обеспечивающими оптимальные параметры физического, психомоторного, интеллектуального развития и



иммунологической реактивности детей [3,4].

При искусственном вскармливании частота аллергических проявлений, диспептических и метаболических нарушений, железодефицитных анемий и других алиментарно-зависимых состояний у детей выше, чем при естественном вскармливании [5,6]. Установлена взаимосвязь между метаболическими нарушениями, возникающими у детей при искусственном вскармливании и риском возникновения у них в последующем ожирения, гипертонии, диабета и нарушений в сердечно-сосудистой системе.

Цель работы - изучить особенности метаболических нарушений у подростков в зависимости от вида вскармливания.

Материалы и методы

Для достижения данной цели были изучены клинико-лабораторные методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови: липидный спектр крови: холестерин низкой плотности, липопротеид высокой плотности, триглицериды, а также проведено динамическое наблюдение за детьми в течение 14 лет.

Результаты и обсуждение

В зависимости от вида вскармливания у детей нами были установлены следующие закономерности. Как видно из содержания гемоглобина, глюкозы и параметров липидного профиля у детей в зависимости от вида вскармливания у детей, находившихся на ИГВ, наблюдаются показатели в пределах нормативных значений, при СГВ установлена тенденция к дисбалансу лабораторных показателей метаболического процесса. Выраженные нарушения в лабораторных показателях отмечаются у детей, находившихся на СГВ и ИВ вскармливании.

При оценке показателей глюкозы крови установлено, что уровень гликемии у детей во всех группах исследования был в пределах нормативных значений и данные статистически не различались. Изучение содержания гемоглобина показало наиболее низкие параметры в группе детей с ИВ, хотя разница была статистически не достоверной. Что касается уровня триглицеридов, то их уровень в группе с ИГВ составил 0,74±0,08 ммоль/л против 0,78±0,08 ммоль/л (в группе ПГВ), 0,89±0,09 ммоль/л (в группе с СГВ) и 1,2±0,08 ммоль/л (в группе ИВ, $p<0,05$). Уровень ЛПНП был наиболее высоким в группе детей с ИВ и составил 3,4±0,11 ммоль/л в сравнении с 2,0±0,01ммоль/л у детей на ИГВ ($p<0,05$). Уровень ЛПВП был в пределах нормативных значений и во всех группах детей достоверно не различался. Уровень холестерина был наиболее высоким в группе детей с ИВ и составил 5,7±0,33ммоль/л против 3,6±0,08 ммоль/л у детей с ИГВ ($p<0,05$), значения холестерина в группах детей с ПГВ и СГВ составили 3,8±0,05 ммоль/л и 3,4±0,09 ммоль/л соответственно, и достоверно не различались со значениями полученными у детей с ИГВ.

По данным исследователей, аналогично взаимосвязаны ранняя ускоренная прибавка массы тела и риск развития ожирения в дальнейшем. Нами изучены масса тела при рождении и прибавка массы тела ежеквартально в течение 1 года у этих же детей в зависимости от вида вскармливания в анамнезе.

Проведенный анализ свидетельствует об отсутствии достоверных различий в массе тела при рождении детей во всех обследованных группах. Однако, в дальнейшем в результате различных видов вскармливания выявлены достоверные изменения в массе тела у детей с ПГВ 1800±130,1 г в сравнении с детьми на ИГВ – 2855±28,7 ($P<0,001$), у детей с СГВ аналогично в сравнении с ИГВ -1161±51,6г ($P<0,001$) и у детей с ИВ - 2033±86,8г ($P<0,01$). Во втором квартале наблюдалась иная картина, которая заключалась в максимальной прибавке массы тела у детей с ИВ.

Так, у детей с ИВ прибавка массы тела за второй квартал составила 2665±109,5г в сравнении с 1585±17,7г у детей с ИГВ ($P<0,01$). У детей с ПГВ и СГВ наблюдалась аналогичная картина и прибавка массы тела была ниже, чем в группе детей с ИГВ, 1270±115,2г и 1280±51,9г соответственно в сравнении с 1585±17,7 ($P<0,01$ и $P<0,01$ соответственно). В 3 и 4 квартале наибольшая прибавка массы тела наблюдалась у детей с ИВ и составила 1555±60,3г в сравнении с детьми на ИГВ 1004±27,4г ($P<0,01$) и 1749±90,4г против 1644±26,2г соответственно.

Дальнейшим этапом наших исследований является анализ клинико-метаболических изменений у детей в зависимости от метода



ухода и возраста детей.

В основную группу с предлагаемым методом ухода вошли 54 ребенка, в контрольную группу – 70 детей, получавшие традиционные методы ухода.

Как видно из таблицы у детей основной группы в возрасте 4-6 лет отмечается тенденция к снижению показателей гемоглобина, в группе сравнения эти данные были значительно выражены, хотя и не достоверно (P>0,05).

Содержание глюкозы в крови у детей 4-6 лет в основной группе было в пределах нормы, в группе сравнения показатели так же находились в пределах нормы, однако у многих детей на верхней ее границы.

Средние показатели уровня триглициридов практически не отличались у детей в возрасте 4-6 лет в обеих исследовательских группах (P<0,05).

Показатели ЛПНП и ЛПВП в некоторых случаях повышались, однако не выходили за пределы нормативных значений, тогда как показатели ЛПВП имели тенденцию к снижению (P<0,01).

Средний уровень холестерина так же не отличался в исследовательских группах у детей в возрасте 4-6 лет.

У детей в возрасте 7-14 лет наблюдается более выраженная картина дисбаланса показателей метаболических нарушений. Так средние показатели гемоглобина у детей в основной группе были не достоверно повышены по сравнению с группой сравнения (115,6±0,12 и 111,9±0,15 г/л соответственно) и имели разницу по сравнению с детьми в возрасте 4-6 лет. Повышается среднее число глюкозы, притом в группе сравнения выше, чем в основной группе, хотя и не достоверно, однако по сравнению с детьми 4-6 лет эти показатели достоверно выше, невзирая на методы ухода. Показатели триглицеридов в группе сравнения повышались на 1 порядок, что составляло 1,3±0,05 и 1,5±0,05 ммоль/л, однако данные не достоверны, но отмечается их достоверное повышение в группе сравнения по отношению к детям в возрасте 4-6 лет (P<0,05). Так же отмечалось повышение ЛПНП у детей в возрасте 7-14 лет по отношению к возрасту 4-6 лет как в основной, так и в группе сравнения (2,1±0,1 моль/л против 3,2±0,4 моль/л (P<0,05). Изменения ЛПВП у детей не значительно отличались по возрасту и по методам ухода.

Установлено достоверное повышение холестерина с возрастом, так если в основной группе в возрасте 4-6 лет его показатели составили 5,4±0,1 моль/л, то в возрасте 7-14 лет они достоверно повысились (5,7±0,10 моль/л; P<0,05). В группе сравнения отмечается аналогичная картина.

Анализируя частоту выявления лабораторных показателей, свидетельствующих о нарушении жирового и углеводного обмена в зависимости от методов ухода нами установлена, что у детей в основной группе наблюдается менее выраженная динамика частоты встречаемости нарушений метаболических показателей в лабораторных показателях. Так частота встречаемости снижения гемоглобина ниже 110г/л отмечалось у 25,9% детей основной группы, что в 1,3 раза меньше, чем в группе сравнения. Повышение содержания глюкозы отмечено в 16,7% случаев в основной группе и 21,4% в группе сравнения. Аналогичная тенденция отмечается и при интерпретации показателей холестерина, триглициридов и ЛПВП.

Таким образом, метаболическая характеристика детей в разные периоды жизни отражает общие закономерности защитно-адаптационных процессов и проявляется в разнонаправленности и различной степени выраженности изменений в зависимости от вида вскармливания и принципов ухода. Метаболические изменения в разные возрастные периоды характеризовались неоднородностью, так у детей в возрасте 4-6 лет лабораторные показатели характеризовались стабильным состоянием показателей жирового и углеводного обмена, а также отсутствием сегментов максимального напряжения метаболизма, что нельзя сказать о детях в подростковом периоде.

Литература

1. Тахирова Р.Н., Машарибова Н.И. Влияние вида вскармливания на развитие детей дошкольного возраста: научное издание. Педиатрия. Ташкент, 2016;1: 28-31.
2. Фатеева Е.М., Лешкевич И.А. Питание грудных детей – новые данные и современные подходы. Международный симпозиум. М., 2018:23-27.
3. Шендеров Б.А. Функциональное питание и его роль в профилактике метаболического синдрома. М.: ДеЛи-принт, 2012:319.
4. Конь И.Я., Шилина Н.М., Гмошинская М.В. Грудное вскармливание и ожирение: новые аспекты проблемы: научное издание. Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. М., 2016;(95)4: 92-98.
5. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/NUT/98.1).
6. Departvent of health, United Kingdom. UK review of Welfare Food Scheme. London, Stationery Office, 2000 (in press).
7. ENGLE, P.L. ET AL. The Care Initiative. Assessment, analysis and action to improve care for nutrition. New York, United Nations Children's Fund, 1997.

Sultanova N.S.

BOLALARDA OZIQLANTIRISH TURLARIGA BOG'LIQ HOLDA METABOLIK STATUS KO'RSATGICHLARI TAHLILI

Kalit so'zlar: emizish, parvarish, metabolik buzilishlar.

Balog'at yoshidagi bolalarda semizlikka xos bo'lgan klassik ob'ektiv metabolik va funksional belgilar mavjud. Biroq, ularning aksariyati qaytar transformatsiya imkoniyatiga va funksional xususiyatga ega. So'nggi paytlarda adabiyotlarda semizlik bilan kasallangan bolalar uchun terapevtik va profilaktik choralar optimal tashkil etilganda retinal angiopatiya regressiyasi, endoteliy va yog' hamda uglevod almashinuvi markerlarining me'yorlashuviga oid ishonchli ma'lumotlar keltirilgan.

Sultanova N.S.

INDICES ANALYSIS OF CHILDREN'S METABOLIC STATUS ACCORDING TO THE FEEDING TYPE

Key words: breastfeeding, care, metabolic disorders.

The article deals with the study classic, objective, metabolic as well as functional features being typical at pubertal aged children with obesity . Recently, there was convincing data on regression of retinal angiopathy, the normalization of endothelial function and markers of fat and carbohydrate metabolism with the optimal organization of therapeutic and preventive measures for children with obesity.

Якубова Д.М

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ЗОТИЛЖАМНИНГ КЛИНИК КЕЧУВИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади. Эрта ёшдаги болаларда шифохонадан ташқари зотилжамнинг клиник кечувини ўрганиш

Материал ва услублар. Текширув мақсадида 45 та 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган бемор болалар олинди. Текширилган беморларнинг барчасига зотилжам ташхиси шифохонанинг қабул бўлимида қўйилган. Текширув 1- ШКБШ нинг пульмонология, соматоневралогия бўлимларида ўтқазилди. Беморлардан 20(44,4%) та қиз бола, 25(55,6%) та ўғил бола. Барча беморларда умумий клиник- лаборатор ва рентгенологик текширувлар ўтқазилда. Бундан ташқари беморлар тузалгунларига қадар доимий динамик кузатувда бўлдилар.

Натижалар. Ушбу мақола эрта ёшдаги болаларда шифохонадан ташқари зотилжамнинг клиник кечувини ўрганиш асосида ёзилган бўлиб, унда эрта ёшдаги болаларда энг кўп учрайдиган клиник-лаборатор,рентгенологик белгилар хақида тўхталиб ўтилган. Эрта ёшдаги беморларда зотилжам касаллигини клиник кечувини ўрганиш, бу касалликни ўз вақтида аниқлашга, даволаш-профилактика чора тадбирларини кечиктирмасдан амалга оширишга ёрдам беради.

Зотилжам касаллиги педиатрия амалиётида энг кўп учрайдиган касаллик хисобланади

Бутунжахон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра зотилжам касаллиги болалар орасида ўлим холатларини келиб чиқишида асосий сабаблардан биридир [1,2]. Зотилжам сабабли ҳар йили 1млн.дан ортиқ 5 ёшгача бўлган болалар нобуд бўлмоқда. Зотилжам касаллигини эрта ёшдаги болаларда кўп учраши, клиник оғир кечишининг асосий сабабалари бу ёшда нафас тизими аъзоларининг анатомик, функционал ва иммунологик тўлиқ етилмаганлиги, ёндош ривожланиш нуқсонлари, преморбид холатларга боғлиқдир [3,4].

Тадқиқот мақсади - эрта ёшдаги болаларда шифохонадан ташқари зотилжамнинг клиник кечувини ўрганиш

Материал ва услублар

Текширув мақсадида 45 та 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган бемор болалар текширилди. Текширилган беморларнинг барчасига зотилжам ташхиси шифохонанинг қабул бўлимида қўйилган. Текширув 1- ШКБШ нинг пульмонология, соматоневралогия бўлимларида ўтказилди. Беморлардан 20(44,4%) та қиз бола, 25(55,6%) та ўғил бола. Барча беморларда умумий клиник- лаборатор ва рентгенологик текширувлар ўтқазилда. Бундан ташқари беморлар тузалгунларига қадар доимий динамик кузатувда бўлдилар.

Натижалар ва муҳокама

Тана хароратининг 3 кундан ортиқ 38^0C дан ортиши 45(100%) беморда кузатилган бўлиб: улардан субфебрил тана харорати 27(60%), фебрил тана харорати 18 (40%)та беморда аниқланди. Хансираш (нафас сонининг 40 тадан 1 минутда ортиши) 30 (66,7%) беморда кузатилиб, асосан нафас олишда қўшимча мушаклар иштироки хам аниқланди. Йўтал белгилари барча беморларда аниқланиб касалликнинг бошида қуруқ кейинроқ нам балғамли холатга ўтди. Бошқа катарал белгилар: ринит, фарингит, конюктивит белгилари 19 (43,3%) беморларда кузатилди. Интоцикация белгилари: инжиқлик , ҳолсизлик, иштаханинг пасайиши,тери қопламларининг рангпарлиги, цианоз белгилари деярли барча беморларда аниқланди.

Беморларда учраган асосий клиник белгилар

Клиник белгилар	Умумий n=45 та бемор (1-3 ёшгача)	
	abs	%
Тана хароратининг 3 кундан ортиқ кўтарилиши: Субфебрил тана харорати Фебрил тана харорати	45 27 18	100% 60% 40%
Хансираш (нафас сонининг 40 тадан 1 минутда ортиши)	30	66,7%
Йўтал(бошида қуруқ кейин нам балғамли холатга ўтди)	45	100%
Бошқа катарал белгилар(ринит конюктивит, фарингит)	19	43,3%
Ўпка перкуссиясида перкутор товушнинг қисқариши	37	83,3%
Ўпка аускультатциясида дағал нафас асосида: -майда пуфакчали нам хириллашлар - нам хириллашлар ва крепитация	24 18	53,3% 40%

Аускультацияси натижаларига кўра: 24 (53,3%) беморда дағал нафас асосида майда пуфакчали нам хириллашлар, 18 (40%) беморларда эса нам хириллашлар ва крепитация эшитилди, деярли барча беморларда юрак тонларининг бўғиқлашиши, юрак уриш сонинг ёшга ҳос меъёрдан ортиши кузатилди. Ўпка перкуссиясида перкутор товушнинг қисқариши 37 (83,3%) беморда аниқланди. Ўтқазилган лаборатор таҳлилларда 30 (66,7%) лейкоцитлар миқдорининг ортиши лейкоцитоз, 5 (16,7 %) лейкоцитлар миқдорининг камайиши лейкопения, қондаги гемоглобин,эритроцитлар миқдорининг

камайиши 11(36,7%), кўп холларда ЭЧТ, СРО кўрсаткичларининг хам ортиши аниқланди. Ўпка рентгенограммасини натижаларига кўра текширилган беморларда кўп холатларда ўчоқли зотилжам белгилари кузатилинди, бунда асосан ўнг ўпканинг пастки бўлакларида гомоген сояланишлар аниқланди.

Эрта ёшдаги беморларда зотилжам касаллигини клиник кечувини ўрганиш, бу касалликни ўз вақтида аниқлашага, даволаш-профилактика чора тадбирларини кечиктирмасдан амалга оширишга ёрдам беради. Бу эса эрта ёшдаги болалар орасида зотилжамдан ўлим ҳолатларини камайишига ва зотилжамнинг асоратли кечувини олдини олишга ёрдам беради.

Адабиётлар

1. Алимова Х.П., Сатибалдиев Э.А. Достижения и перспективы педиатрии в Республике Узбекистан. Тошкент. 2012:69-70.

2. Abaturov OE, Volosovets AP, Yulish YeI. The role of Toll-like receptors in pathogen-associated molecular rectifiation of infectious pathogenic agents in the development of inflmmation; Part 1: The TLR family. Zdorov`e rebenka. 2012; (40): 116-121.

3. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение, профилактика. Научно-практическая программа. М.: Оригинал- макет, 2010;64. [Vnebol'nichnaya pnevmoniya u detey: rasprostranennost', diagnostika, lecheniye, profilaktika. Nauchno-prakticheskaya programma. — M.: Original-maket 2010; 64. (In Russ)].

4. Геппе Н.А., Малахов А.Б., Волков И.К. и др. К вопросу о дальнейшем развитии научно - практической программы по внебольничной пневмонии у детей. Рус.мед журнал. 2014;22(3) 188-193.

Якубова Д.М

КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ключевые слова: дети, ранний возраст, внебольничной пневмония, клинические течение, кашель, одышка.

Данная статья посвящена клинические особенности внебольничной пневмонии у детей раннего возраста, в котором обсуждаются наиболее распространенные клинико-лабораторные, рентгенологические признаки. Исследования проведены 1ГДКБ в городе Ташкента. Проведен клинико-лабораторный, рентгенологические исследование. Изучение особенности клинических проявлений пневмонии у детей раннего возраста позволит своевременно диагностировать данное заболевание и провести комплекс лечебно-профилактических мероприятии.

Yakubova. D.M

CLINICAL COURSE OF COMMUNITY- ACQUIRED PNEUMONIA IN YOUNG CHILDREN

Key words: children, early age, community-acquired pneumonia, clinical course, cough, shortness of breath.

This article is devoted to the clinical features of community-acquired pneumonia in children

of his age, in which the most common clinical, laboratory, radiological signs are discussed. The studies were carried out by 1GDKB in the city of Tashkent. Conducted clinical laboratory, X-ray examination. The study of the features of the clinical manifestations of pneumonia in young children will make it possible to diagnose this disease in a timely manner and carry out a complex of therapeutic and preventive measures.

Хакбердиева Г.Э., Мухитдинова М.И., Азизова Р.А.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Обеспечение эффективной и безопасной фармакотерапии пневмонии.

Материалы и методы. Анализ литературных данных и клинических наблюдений по применению лекарственных препаратов при пневмонии.

Результаты. Острые инфекции дыхательных путей являются самыми частыми заболеваниями в амбулаторной практике. Зачастую острая пневмония является одной из основных причин детской смертности, особенно до пятилетнего возраста. Основными причинами неблагоприятного исхода пневмонии у детей являются: поздняя диагностика заболевания, отсутствие адекватной антибактериальной терапии, не рациональная комбинация препаратов, применяемых при лечении пневмонии. При проведении фармакотерапии необходимо обращать внимание на правильный выбор антибиотиков, препаратов патогенетической и симптоматической терапии острой пневмонии. Рациональная этиотропная терапия должна проводиться с учетом эпидемиологической обстановки и тяжести течения заболевания [10].

По этиологии выделяют следующие формы пневмонии - бактериальная, вирусная, грибковая, паразитарная, хламидийная, микоплазменная, смешанная (J12-J18, согласно Международной классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра, 1992 г.). У более чем половины пациентов трудно установить этиологический диагноз, так как до обращения к врачу больные принимают антибактериальные препараты. По клиническим симптомам определить этиологический фактор часто затруднительно, что существенно ограничивает практическое использование этиологической классификации пневмонии в настоящее время. По течению внебольничная пневмония может быть острая (до 6 недель) и затяжная (более 6 недель).

Возбудителями внебольничной типичной пневмонии у детей в возрасте от 1 до 6 месяцев являются: эшерихия коли, клебсиелла, протей, энтеробактерии, золотистый стафилоккок. При внебольничной типичной пневмонии у детей в возрасте от 1 до 6 мес. препаратами выбора являются аминопенициллины (амоксициллин)и аминопенициллиныс бета-лактамазной устойчивостью или цефалоспорины 2-3 поколения. Альтернативной антибактериальной терапией являются цефалоспорины 3-4 поколения [4].

Если возбудителем пневмонии является хламидия, тогда выбор антибактериальной терапии атипичной (хламидийной) пневмонии у детей в возрасте от 1 до 6 месяцев должен быть направлен на современные макролиды (кларитромицин, азитромицин). В возрасте от 6 мес. до 5 лет возбудителями пневмонии являются Str.pneumoniae, Hemophylusinfluenza. В таких случаях антибактериальными препаратами выбора являются амоксициллин или «защищенные» аминопенициллины (амоксициллин /клавуланат), альтернативной антибактериальной терапией являются цефалоспорины 2-3 поколения или современные макролиды (кларитромицин,азитромицин). При атипичной (хламийдиная, микоплазменная) неосложненной пневмонии у детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет антибактериальная терапия должна включать современные макролиды, альтернативной терапией является тетрациклин (для детей старше 8 лет) [3, 11].

При тяжелом течении внебольничной пневмонии или если ребенок неспособен принимать антибиотики орально (например, из-за рвоты) проводится ступенчатая терапия: сначала антибактериальные препараты назначаются внутривенно, а по улучшению состояния переходят на оральный прием антибиотика. Благодаря ступенчатой терапии уменьшается длительность парентеральной антибактериальной терапии, что способствует значительному уменьшению стоимости лечения и сокращению срока пребывания пациента в стационаре при сохранении высокой клинической эффективности. В ступенчатой антибактериальной терапии рационально использовать один и тот же антибиотик в двух лекарственных формах, что обеспечит преемственность лечения. «Идеальным» пероральным антибиотиком для второго этапа ступенчатой терапии можно считать оральный антибиотик с высокой биодоступностью, отсутствием лекарственных взаимодействий на уровне всасывания, хорошей переносимостью при приеме внутрь, с длительным интервалом



дозирования, с хорошими фармакоэкономическими характеристиками.

По принципам антибактериальной терапии оценка эффекта назначенного антибактериального лечения должна проводиться через 24-48 часов от начала терапии. Выбор доз и режима дозирования должны проводиться в соответствии с фармакокинетикой препарата, тяжестью заболевания, с учетом состояния органов элиминации и взаимодействия одновременно используемых препаратов. Во время назначения антибиотиков не рекомендуется назначать антипиретики, так как это мешает объективной оценке проводимой антибактериальной терапии [5].

В большинстве случаев продолжительность лечения при внебольничной пневмонии у детей колеблется в пределах от 7 до 14 дней.

Главный принцип назначения антибактериального препарата при бронхолегочных заболеваниях - назначение в соответствии с чувствительностью возбудителя. При выборе антимикробного препарата необходимо знать региональную ситуацию с антибиотикорезистентностью наиболее актуальных возбудителей и учитывать наличие у пациента риска инфицирования данными устойчивыми возбудителями.

При проведении антибактериальной терапии важным является рациональное сочетание антибиотиков с другими лекарственными средствами, применяемыми при внебольничной пневмонии. Достаточно часто у детей с пневмонией наблюдается малопродуктивный кашель, что требует назначения муколитической терапии. Прежде всего, нужно обращать внимание на нерациональные взаимодействия лекарственных препаратов, которые могут привести к негативным эффектам. Так по литературным данным некоторые муколитические средства инактивируют антибиотики invitro, в частности ацетилцистеин. При непосредственном смешивании ацетилцистеина с полусинтетическими пенициллинами (кроме амоксициллина), цефалоспоринами (кроме цефуроксима), тетрациклином (но не доксициклином) и аминогликозидами антибиотики инактивируются. Для обеспечения безопасной и эффективной терапии при назначении внутрь ацетилцистеина и антибиотиков они должны приниматься раздельно с интервалом времени между их приемами не менее 2-х часов [1].

Доказана и клиническая эффективность одновременного применения таких муколитиков, как бромгексин и амброксол на проникновение аминопенициллинов в легочную ткань. Об этом свидетельствует многоцентровое плацебо-контролируемое исследование, в котором сравнивалась эффективность антибактериальной терапии бактериальных пневмоний у детей [13]. 60 пациентов получали только антибиотики (амоксициллин, ампициллин, эритромицин), столько же пациентов - антибиотики плюс амброксол. Во всех случаях отмечалось излечение заболевания. В группе детей, получавших антибиотики и амброксол быстрее улучшалось общее состояние, исчезала одышка, прекращался кашель, и улучшалась аускультативная симптоматика и рентгенологическая картина [12]. Многоцентровое двойное слепое рандомизированное исследование одновременного применения муколитика и антибиотика у больных, страдающих пневмонией, приводило к достоверному уменьшению клинических симптомов (выраженность и частота кашля, отделяемость и объем мокроты) ($p = 0,008$) [14].

Результаты достаточно большого числа исследований свидетельствуют о действии макролидов на секрецию слизи в бронхах. Показано, что под влиянием макролидов подавляется секреция слизи за счет снижения секреции хлоридных ионов и воды клетками эпителия бронхов. «Подсушивающее» действие макролидов следует учитывать при их назначении. При тех респираторных заболеваниях, когда имеет место гиперсекреция слизи, увеличивается клиническая эффективность макролидов. При назначении макролидов больному с непродуктивным сухим кашлем требуется одновременное применение муколитиков, способных быстро и эффективно разжижать бронхиальную слизь (амброксол, ацетилцистеин), и ограничение или исключение препаратов, обладающие «подсушивающим» эффектом (антигистаминные препараты I поколения). Для грудных детей и детей раннего возраста особенно свойственна тенденция к гиперсекреции бронхиальной слизи в ответ на острую респираторную инфекцию, с чем связывают механизм развития бронхиальной обструкции в первые годы жизни ребёнка. Поэтому мукорегуляторное действие макро-



лидов может быть полезно при определенных клинических ситуациях [7].

Антигистаминные препараты терфенадин и астемизол, а также прокинетикцизаприд противопоказаны больным, принимающим эритромицин или кларитромицин, вследствие высокого риска развития побочных эффектов. Нужно учитывать, что одновременное назначение макролидов и блокаторов Н1рецепторов (астемизол, терфенадин) опасно развитием фатальных нарушений сердечного ритма [2].

У детей раннего возраста и детей с атопией в некоторых случаях внебольничная пневмония может протекать с явлениями бронхиальной обструкции. В таких случаях комплексная фармакотерапия требует включения бронхолитиков. Фармакотерапия обструктивного синдрома более эффективна при комбинации сальбутамола и эуфиллина, нежели применение этих препаратов в отдельности. При назначении теофиллина в сочетании макролидами снижается клиренс и увеличивается риск развития побочных явлений теофиллина, что требует постоянного контроля концентрации препарата в крови.

Применение НПВС при пневмонии должно осуществляться строго по показаниям, в основном, с целью купирования лихорадки и при наличии выраженного болевого синдрома [15]. Одновременное применение эуфиллина с НПВС снижает эффекты НПВС. При выраженной интоксикации проводится дезинтоксикационная терапия. Нужно помнить, что нельзя смешивать в одной инфузионной системе или шприце раствор аскорбиновой кислоты с раствором глюкозы - происходит окисление аскорбиновой кислоты; растворы аскорбиновой кислоты, витаминов группы В и эуфиллина с другими лекарственными препаратами - эти вещества имеют выраженную реакционную способность [2].

Таким образом: При назначении больному пневмонией ребенку одновременно нескольких лекарственных средств учёт взаимодействия поможет обеспечить безопасную и эффективную фармакотерапию.

Литература

1. Антимикробная терапия у детей. В.С.Шухов, Е.Н.Байбарина, И.И.Рюмина, В.В.Зубков-М.; ГЭОТАР-Медиа,2016: 320.
2. Березняков И.Г. Одновременное применение антибиотиков и отхаркивающих средств: доводы в пользу лазолвана. Клиническая антибиотико терапия. 2000; № 1. 19-21.
3. Деримедведь Л.В., Перцев И.М., Шуванова Е.В., Зупанец И.А., Хоменко В.Н.. Взаимодействие лекарств и эффективность фармакотерапии.
   1. Х. Издание «Мегаполис». 2001: 784.
4. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Смоленск, МАКМАХ. 2007:464.
5. Рациональная фармакотерапия в педиатрии. Под ред. А.А. Баранова, В.В. Володина, Г.А. Самсыгина. - Москва. Литтерра. 2007: 451-468.
6. Резолюция Экспертного совета «Принципы рациональной антибиотикотерапии респираторных инфекций у детей. Сохраним антибиотики для будущих поколений». 31 марта 2018 г., Москва. Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2018; 3: 10–15.
7. Таточенко В. К. Клинические рекомендации. Педиатрия (Пневмония у детей). Под ред. А. А. Баранова. М.: ГЭОТАР - Медиа. 2005: 28.
8. The selection and use of essential medicines. Report of the WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines, 2017 (including the 20th WHO Model List ofEssential Medicines and the 6th WHO Model List of Essential Medicines for Children).
9. Community Acquired Pneumonia Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center: Evidence-based care guideline for medical management of Community Acquired Pneumonia in children 60 days to 17 years of age. Guideline 14, 2005:1-16.
10. Don M., Canciani M., Korppi M. Community-acquired pneumonia in children: what's old What's new ActaPaediatr. vol. 99, № 11, 2010:1602-1608.
11. Mcintosh K. Community-Acquired pneumonia in children. N. Engl. J. Med. vol. 2002;6:429-437.
12. Skerrett S.J., Park D.R. Anti-inflammatory treatment of acute and chronic pneumonia. Semin Respir Infect., 16 (1). 2001:76-84.

Xakberdiyeva G. E., Muxitdinova M. I., Azizova R. A.

BOLALARDA PNEVMONIYANING RATSIONAL FARMAKOTERAPIYASI

Kalitso'zlar: bronxopulmonal kasalliklar, antibakterial dorivositalar, antibiotiklar, sezgirlik, samaradorlik va xavfsizlik.

Pnevmoniya bilan og'rigan bolaga bir vaqtning o'zida bir nechta dori-vositalarni buyurishda o'zaro ta'sirni hisobga olish, xavfsiz va samarali farmakoterapiyani ta'minlashga yordam beradi.

Khakberdieva G.E., Mukhitdinova M.I., Azizova R.A.

RATIONAL PHARMACOTHERAPY OF NOSOCOMIAL PNEUMONIA AT CHILDREN

Key words: bronchopulmonary diseases, antibacterial drugs, antibiotics, resistance, sensitivity, efficacy and safety.

The article deals with the study literature data analyses and clinical observations at use medications in children with pneumonia, which ensure safe and effective pharmacotherapy.

Юлдашева М.О., Абдуразакова З.К.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение состояния кишечного микробиоценоза у детей с острыми пневмониями.

Материалы и методы. Нами было обследовано 25 детей в возрасте от 1до 3 лет, находящие на стационарном лечении в клиники ТашПМИ в отделении детей раннего возраста. Из них мальчиков 15(60%) и девочек 10 (40%). Из обследованных детей 14 (56%) детей с внебольничной острой пневмонией с нарушением микробиоценоза кишечника и 11 детей (44%) без нарушения микробиоценоза кишечника.

Результаты. При анализе истории болезни и опроса родителя (мамы), было выявлено, что 36,5% находились на грудном вскармливании, 23,6% на смешанном и на искусственном 39,9 %. У 62,5% больных диагностирован рахит различной степени, у 39,2% - нарушение питания БЭН 1-2 ст. СО, у 4,2% - избыточная масса тела, у 20,8% -атопический дерматит и у 32,0 % в анамнезе была пищевая аллергия, авитаминоз наблюдался у 25 %, частый жидкий стул у 66% детей и у 34 % детей чередование запора с жидким стулом.

Состояние микрофлоры кишечника (микробиоты) — это один из важнейших показателей физиологического гомеостаза организма, и исследование его раскрывает новые механизмы формирования иммунитета и факторов неспецифической защиты у ребенка раннего возраста [1-3]. Проблемы, связанные с ухудшением здоровья детей обусловливают высокие показатели заболеваемости и формирование хронических форм патологии с раннего возраста [1-3]. Заслуживают особого внимания неонатальные инфекции, являющиеся причиной высокой смертности новорожденных, особенно, недоношенных детей. У преждевременно родившихся детей высок риск первичной патологической колонизации кишечника, а присоединяющаяся неонатальная инфекция способствует нарушению микробиоценоза кишечника и развитию дисбиотических состояний, которые качественно влияют на характер клинического течения и исход болезни[1,3,4]. Особенностью детей раннего возраста является преобладание бифидобактерий над бактероидами, высокий удельный вес бифидобактерий, клостридий и энтеробактерий. Кишечный микробиоценоз на всех этапах своего становления у детей отличается от взрослых, что показывает соотношением различных популяций бактерий, их штамповым составом, иммуногенными свойствами бифидобактерий и лактобацилл. Установлено, что нарушения микробиоты различных локусов у детей формируются под действием вирусных инфекций, а самая тяжелая степень расстройств микробиоценоза возникает при воздействии активной терапии антибиотика-



ми, химиопрепаратами, отрицательно влияющих на эпителий и ретикулоэндотелиальную строму слизистой оболочки кишечника и ротоглотки[1,5,6].

Последние десятилетия устойчивый рост нарушений микробиоценоза кишечника детского возраста приводит к заболеваниям мочевыделительной системы, органов дыхания, а также к другим заболеваниям желудочно –кишечного тракта. Исследования последних лет убедительно доказали, что микрофлора организма представляет собой динамическую микроэкологическую систему, характеризующуюся единством и способностью к саморегуляции, и является интегральной частью организма хозяина [1,6,10-12]. Нецелесообразное применение антибиотиков, неправильное питание, частые простудные инфекции верхних и нижних дыхательных путей, а также заболевания ЖКТ и мочевыделительной системы ребенка приводят к изменению микрофлоры кишечника. Это в свою очередь способствует нарушению основного баланса патогенной и не патогенной флоры, что приводит к нарушению кишечного пищеварения[8-10].

Цель работы - изучение состояния кишечного микробиоценоза у детей с острыми пневмониями.

Материалы и методы

Нами было обследовано 25 детей в возрасте от 1до 3 лет находящие на стационарном лечении в клиники ТашПМИ в отделении детей раннего возраста. Из них мальчиков 15(60%) и девочек 10 (40%). Диагноз внебольничной пневмонии устанавливали с учетом анамнестических данных, клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования. Рентгенография органов грудной клетки проводилась в прямой и боковой проекции. Очаговая форма пневмонии была диагностирована у 15 больных (60,1%), сегментарная — у 6 (24,1%), очагово-сливная — 4 (15,8%). По течение тяжелая пневмония диагностировалось у 7 больных (28%). Большинство детей поступили на стационарное лечение по направлению из лечебно-профилактических учреждений с предварительным диагнозом «Пневмония». Клиническая картина заболевания характеризовалась незначительной выраженностью симптомов интоксикации, последние были отмечены только у 89,5% пациентов; у подавляющего большинства из них отсутствовали отчетливые признаки дыхательной недостаточности. Локальное укорочение перкуторного звука определяли у 15,5% больных, ослабление дыхания, крепитирущие хрипы над областью укорочения выслушивали лишь у половины пациентов. Воспалительные изменения в гемограмме (лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ и др.), повышение лейкоцитарного индекса интоксикации имели место у 87,9%. Средняя длительность пребывания больных в стационаре при неосложненном течении пневмонии составила 8-10 койко-дней, при наличии осложнений — 14 - 16 койко-дней. Из обследованных детей с внебольничной острой пневмонией 14 (56%) детей с внебольничной острой пневмонией с нарушением микробиоценоза кишечника и 11 детей (44%) без нарушения микробиоценоза кишечника. Изучали состояние микробиоценоза кишечника по результатам расширенного бактериологического исследования состава фекальной микрофлоры с оценкой количества анаэробных и аэробных микроорганизмов (двукратно до начала терапии и при выписке из стационара).

Результаты и обсуждения

При анализе истории болезни и опроса родителя (мамы), было выявлено, что 36,5% находились на грудном вскармливании 23,6% на смешанном и на искусственном 39,9 %. У 62,5% больных диагностирован рахит различной степени, у 39,2% - нарушение питания БЭН 1-2 ст СО, у 4,2% - избыточная масса тела, у 20,8% -атопический дерматит и у 32,0 % в анамнезе была пищевая аллергия, авитаминоз наблюдался у 25 %, частый жидкий стул у 66% детей и у 34 % детей чередование запора с жидким стулом. У всех больных диагностирована анемия различной степени тяжести. У больных, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании, а также на фоне преморбидных состояний пневмония протекала тяжелее и чаще в 2,1 раз. В нашем исследовании клиническая симптоматика детей с нарушением микробиоценоза кишечника затянулось количество койка дней, что повлияло на лечение основного заболевания. Стоит отметить что, пневмония без нарушения микробиоценоза кишечника протекала малосимптомно, самым типичным симптомом был кашель продуктивного характера и повышение температуры тела -85,5%. Микрофлоре



кишечника больных детей с жидким стулом способствовало длительное нецелесообразное применение антибиотикотерапии, что характеризовалось изменением количественного и качественного состава микробиоциноза кишечника. Оценка динамики состояния микрофлоры толстой кишки у больных 1-й группы выявила достоверное повышение титров (M ± o) бифидобактерий (с 7,79±1,13 до 8,58±0,51 lg КОЕ/г; p<0,01), лактобацилл (с 7,63±1,46 до 8,53±0,51 lg КОЕ/г; p<0,01), типичной кишечной палочки (с 4,42±1,39 до 6,05±1,72 lg КОЕ / г; p<0,0001). В то же время было отмечено достоверное снижение титров лактозонегативной кишечной палочки (с 3,95±1,84 до 3,21±1,75 lg КОЕ / np<0,05), гемолитической (с 3,42± 2,17 до 2,58 ± 2,06 lg КОЕ/г; p<0,05) и неподвижной (с 3,05±2,17 до 1,68±2,06 lg КОЕ/г; p<0,01). У больных 2-й группы было отмечено достоверное повышение титров бифидобактерий (с 7,54±1,27 до 8,62 ±0,51 lg КОЕ/г; p<0,01), лактобацилл (с 7,38 ± 1,45 до 8,31 ± 0,75 lg КОЕ / г; p < 0,01), типичной кишечной палочки (с 4,69±0,63 до 6,54±0,97 lg КОЕ/г; p < 0,00001). Кроме того, отмечено достоверное снижение титров лактозонегативной кишечной палочки (с 4,08±1,89 до 3,38±1,5 lg КОЕ/г; p<0,01) и неподвижной (с 3,69 ± 2,18 до 1,54 ± 2,03 lg КОЕ/г; p < 0,01). Напротив, у больных группы сравнения было установлено достоверное снижение титров бифидобактерий (с 8,91±0,3 до 8,36±0,81 lg КОЕ/г; p<0,05) и лактобацилл (с 8,91±0,3 до 8±1,26 ^ КОЕ/г; p<0,05). Как известно, индигенная (резидентная) микрофлора является естественным иммуномодулятором. Нормализация состава микрофлоры кишечника на фоне использования пробиотика отечественного производителя «Бифидумбактерин» и метаболитного пробиотика Актофлор. С свидетельствует о положительном действии данных лечебных комплексов на иммунную систему больных пневмонией. Вызванная диарея при пневмониях способствовала нарушению кишечного микробиоценоза, который осложнял течение заболевания.

Таким образом, на фоне терапии антибиотиками с внебольничной пневмонией отмечается развитие дисбиоза кишечника. Дополнение стандартной терапии пневмонии пробиотиками оказывает нормализующее влияние на состояние кишечной микрофлоры, способствует восстановлению иммунной и нутритивной функций кишечника, что выражается в достоверном улучшении показателей качества жизни Правильный подход к лечению с применением пробиотиков, энтеросорбента и эубиотика, способствует восстановлению измененного микробного пейзажа кишечника, что поможет предупредить развитие осложненных форм пневмонии у детей раннего возраста. Поддержка здорового кишечника способствует укреплению иммунитета и нормальному росту и развития детей.

Литература

1. Авдеев С.Н. Интенсивная терапия в пульмонологии. 2015;1:304.
2. Алимова Х.П. Анализ причин осложнений пневмонии у детей раннего возраста: материалы республиканской научно-практической конференции. Сборник тезисов XX конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» Москва, 16–18 февраля 2018;
3. Горбич О.А. Атипичная пневмония - значимая проблема детского возраста. Медицинский журнал. 2016;3:57-61.
4. М.Ф. Ибрагимова, Н.М. Шавази, М.В. Лим, М.С. Атаева. Диагностические и лечебные методы при внебольничной пневмонии с атипичной этиологией у детей. Вестник врача. 2021;(101):29-32.
5. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. Практическое руководство. М.: Педиатр. 2012:480.
6. Саатова Г.М., Михайлова В.В., Кабаева Д.Д. Факторы риска развития осложнений при пневмонии у детей. Бюллетень науки и практики. 2020;6(12):241-247.
7. Agaard K., Ma J., Ganu R., Petrosino J., Versalovic J. The placenta harbors a unique microbiome. Sci Transl Med. 2014; 6: 237-43.
8. Schroeder B., Birchenough G., Stahlman M. Bifidobacteria or fiber protects against diet-induced microbiota-mediated colonic mucus deterioration. Cell Host Microbe. 2018; 23 (1): 27-40.
9. Odamaki T., Kato K., Sugahara H., et al. Age-related changes in gut microbiota composition from newborn to centenarian: a cross-sectional study. BMC Microbiol. 2016; 16: 90-8.
10. Moré M.I., Swidsinski A. Saccharomyces boulardii CNCM I-745 supports regeneration of the intestinal microbiota after diarrheic dysbiosis – A review. Clinical and Experimental Gastroenterology. 2015; 8: 237–255.

11. McFarland L.V. Systematic review and meta-analysis of Saccharomyces boulardii in adult patients. World Journal of Gastroenterology. 2010; 16 (18): 2202–2222.
12. Joly F. et al. Saccharomyces boulardii CNCM I-745. In: Marteau P., Dore J., eds. Gut Microbiota: A Full-Fledged Organ. Paris: John Libbey Eurotext; 2017: 305–350.

Йўлдашева М.О., Абдуразакова З.К.

ЎТКИР ПНЕВМОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИНИНГ ҲОЛАТИ

Калит сўзлар: болалар, эрта ёш, микробиоценоз, пневмония.

Ўткир пневмония билан оғриган болаларда ичак микробиоценози ҳолатини ўрганиш.

ТошПТИ клиникаси ёш болалар бўлимига ётқизилган 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган 25 нафар болани тиббий кўрикдан ўтказдик. Шундан 15 нафари (60%) ўғил бола ва 10 нафар (40%) қиз бола. Касалхонадан ташкари ўткир пневмония билан оғриган 14 нафар (56%) болаларда ичак микробиоценози бузилган ва 11 нафарида (44%) ичак микробиоценози бузилмаган. Касаллик тарихини таҳлил қилиш ва ота-она билан суҳбатлашганда, 36,5% бола табиий овқатланиш, 23,6% аралаш ва 39,9% сунъий овқатлантирилган. Беморларнинг 62,5%ига турли даражадаги рахит ташхиси қўйилган, 39,2% - ООЭЕ -1-2 СО, 4,2% - ортиқча вазн, 20,8% - атопик дерматит ва 32,0%ида озиқ-овқат аллергияси, 25%ида авитаминоз кузатилди, болаларнинг 66% да ич кетиши ва 34% болаларда ич қотишининг ич кетиши билан алмашиши кузатилган.

Yuldasheva M.O., Abdurazakova Z.K.

STATES OF INTESTINAL MICROBIOCENOSIS IN CHILDREN WITH ACUTE PNEUMONIA

Key words: Children, early age, microbiocinosis, pneumonia.

The study of the state of intestinal microbiocenosis in children with acute pneumonia.

We have examined 25 children aged 1 to 3 years who are hospitalized in the clinics of TashPMI in the department of young children. Of these, 15 (60%) boys and 10 (40%) girls. Of the examined children with community-acquired acute pneumonia, 14 (56%) children with community-acquired acute pneumonia with impaired intestinal microbiocenosis and 11 children (44%) without impaired intestinal microbiocenosis. When analyzing the medical history and interviewing the parent (mother), it was found that 36.5% were breastfed, 23.6% were mixed and 39.9% were artificial. 62.5% of patients were diagnosed with rickets of varying degrees, 39.2% - malnutrition PEI 1-2 tbsp CO, 4.2% - overweight, 20.8% - atopic dermatitis and 32.0% there was a history of food allergy, beriberi was observed in 25%, frequent loose stools in 66% of children and in 34% of children alternating constipation with loose stools.

Муминова Д.А.

МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ТУРЛИ НОЗОЛОГИЯЛИ ТАКРОРИЙ КУСИШНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ, КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР ПАРАМЕТРЛАРИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Под наблюдением находились 176 больных детей с синдромом рецидивирующей рвоты. Нами был проведен анализ встречаемости симптома рецидивирующей рвоты при различных заболеваниях в зависимости от возраста и пола детей. Распределение больных по группам заболевания показало что, в большинстве случаев рвоту сопровождают заболевания желудочно–кишечного тракта, независимо от возраста и пола больных детей, что составило 147 больных (83,5%) от общего количества наблюдений. Среди этой категории больных девочек было 74, мальчиков – 73 ребенка. Патология центральной системы,



сопровождающаяся рвотой наблюдалась у 4 (2,27%) больных, среди них девочек было 3, мальчиков – 1. Патологии, связанные с нарушением обмена веществ, были представлены двумя нозологиями: синдром циклической рвоты и сахарный диабет 1 типа. Эти состояния у 25 (14.2%) наблюдаемых больных также сопровождались рвотой. В этой категории больных девочек было 14, мальчиков – 11 детей. В структуру заболеваний ЖКТ, сопровождающийся с синдромом рецидивирующей рвоты, вошли такие нозологии как срыгивание, ГЭРБ, аллергический гастроэнтерит , острый гастроэнтерит , язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей. Мы рассмотрели характеристику проявления рвоты при выше указанных заболеваниях(Таблица№1).

Таблица 1

Характеристика рвоты при различных нозологиях

Показатели	Кратность	Объем	Содержимое рвотных масс	Связь с приемом пищи	Запах	Провоцирующие или сопровождающие Факторы
Срыгивание функциональ	6	5-30 мл	Несвернув. молоко	После приема пищи	-	положение тела заглатывание воздуха
Пищевая аллергия	8	50-100 мл	Примесь слизи, свернувш. молоко	Не всегда	Кислый	Тошнота, диарея, прием определенной пищи
ГЭРБ	1-2	50-70 мл	Съеденная пища Желчи	Не всегда	Кислый	Изжога , отрыжка
Дискинезия ЖП и ЖВП	1-2	100-120 мл	Примесь слизи или желчи	Чаще натощак или после приема жирной пищи	Кислый	Тошнота Тяжесть и боль в правом подреберье
Острый гастроэнтерит	5-7	30- 100 мл	Примесь слизи	Нет	Кислый	Тошнота, диарея зернистость зева, температура тела
Язвенно-эрозивные поражения ЖКТ	1-2	50-100 мл	Примесь слизи	После приема пищи через 10-15 мин	Кислый	Боль и тяжесть в эпигастрии тошнота, запор
Сахарный диабет 1 тип	Много-кратно	100-150 мл	Примесь слизи, прожилки крови	-	Запах ацетона	Гипергликемия нарушение диеты и терапии
Синдром циклической рвоты	7-8	50-100 мл	Желчь	-	Возможно запах ацетон	Аура, тошнота
Синдром внуричерепной гипертензиии	Частая неукро-тимая	100-150 мл	Желудочный сок, свежесъеденная пища или выпитая жидкость	-	Кислый	Беспокойство, головные боли и другие неврологические симптомы



На следующем этапе нашего исследования нами были изучены клинические, лабораторно –инструментальные показатели при заболеваниях, сопровождающихся рвотой у детей дошкольного возраста. Клинические симптомы, сопровождающие рвоту в нашем исследовании и их выраженность представлены в таблице №2. Как видно из полученных данных тошнота, предшествующая рвоте, наиболее характерна для острого вирусного гастроэнтерита и заболеваний билиарной системы. При этом тошнота наблюдалась в основном у детей с гипокинезом желчного пузыря и возникала после приема пищи. Нарушение стула в виде диареи до 2-3 раз в сутки наряду с тошнотой регистрировались практически у всех детей с гастроэнтеритами. У детей с пищевой аллергией нарушения стула наблюдалось в виде диареи и кашицеобразной консистенции с фрагментами непереваренной пищи у 13 детей (59%). Среди больных с циклической рвотой однократная диарея наблюдалась у 2 детей (40%) и сопровождала каждый приступ рвоты. По данным литературы для больных с кислотозависимыми заболеваниями нарушение стула не характерно [2,16,25], в нашем наблюдении запорами страдали 10 больных, что составило 20,8%. Боли в эпигастрии наиболее часто встречались у больных с ГЭРБ. Боли и чувство тяжести в правом подреберье сопровождали рвоту у больных с дискинезией желчевыводящих путей, особенностью явилось то, что рвота у этих больных возникала на высоте тошноты и приносила облегчение. Повышение температуры тела регистрировалось практически у всех больных с острым вирусным гастроэнтеритом. Субфебрильная температура сопровождала циклическую рвоту у одного ребенка.

Менингеальные неврологические симптомы, головные боли, нарушения сна, беспокойстве определялись у всех больных с внутричерепной гипертензией. При сахарном диабете неврологическая симптоматика проявлялась сонливостью, заторможенностью, то есть симптомами характерными для диабетического кетоцидоза [5,12,13].

Таблица 2

Клинические симптомы, сопровождающие рвоту при различных нозологиях

Показатели	Тошнота	Наруш. стула	Боли в животе	Изжога	t тела	Невролог симптомы
Кислотозавис. заболевания	+/-	+	+++	+++	-	+
Пищевая аллергия	+	++	+	-	-	-
Острый гастроэнтерит	++	+++	+	-	+++	+
Дискинезия ЖВП	++	+	++	-	-	-
СЦР	+	+	++	-	+	+
Внутричерепная гипертензия	+	-	-	-	-	+++
Сахарный диабет	+	-	+	-	-	++

Примечание. «+» наличие симптома и его выраженность, «-» отсутствие симптома, «+/-» не характерно.

Таблица 3

Биохимические показатели крови больных с рецидивирующей рвотой

Показатели	СОЭ, мм/ч	Общий Белок, г/л	Глюкоза крови, Ммоль/л	Кетоновые тела в моче	Общий Билирубин, мкмоль/л	Конъюг билирубин, мкмоль/л	Неконъюг билируби, мкмоль/л
КГ	4±2	72.4±5.6	3.8±0.6	Отр	11.9±3.4	4.2±0.9	9.9±1.2
Срыгивание функциональная	4.5±2.6	69.9±6.4	4.1±0.42	Отр	11.8± 4.08	5.01±1.5	8.07± 2.9
Пищевая аллергия	6.8±2.6*	69.5±7.4	4.06±0.5	Отр	12.2±4.2	3.6±1.02	11.08±2.9
ГЭРБ	6.8±3.6	67.8±8.1	4.22±0.5	Отр	12.7±3.7	5.4±1.8	10.4±1.6
Дискинезия ЖП и ЖВП	7.1±1.8	68.1±6.9	4.3±0.39	Отр	18.4±2.9*	6.9±1.3*	12.4±1.9
Острый гастроэнтерит	13.7±2.1*	66.7±7.3	4.4±0.3	Отр	14.2±3.3*	5.4±1.1	9.9±2.1
Язвенноэрозивное поражение ЖКТ	14.3±1.9*	65.8±6.2	3.8±0.5	Отр	16.3±3.4	5.8±0.9	11.7±1.9
Сахарный диабет 1 тип	13,6±1.5	61.2±7.4	13.9±1.7*	+++	18.1±3.5*	7.3±1.5	16.8±2.0*
Синдром циклической рвоты	10.7±1.1*	65.4±7.1	3.6±0.4	++	17.8±2.3	5.9±1.3	12.1±2.2
Синдром внуричерепной гипертензии	5.6±2.5	70.3±7.1	4.8±0.45	Отр	12.5±3.1	3.9±1.3	10.6±2.1

Примечание: * P<0.05– статистическая значимость по отношению к контролю. Степень ацетонурии в моче +++ - соответствует повышению уровня кетоновых тел в крови в 400 раз, ++++ – в 600 раз.

При анализе данных лабораторных показателей нами было установлено, что основные биохимические показатели крови(Таблица №3) у большинства наблюдаемых детей значимо не отличались от показателей контроля. В то же время при синдроме циклической рвоты отмечалось недостоверное по сравнению с контролем снижение глюкозы в крови. У больных детей сахарным диабетом 1 типа отмечалось значимое повышение глюкозы в капиллярной крови и уровня кетоновых тел в моче. Следует отметить, что степень ацетонурии по пробе Легаля с нитропруссидом натрия в моче +++ - соответствует повышению уровня кетоновых тел в крови в 400 раз, а ++++ – в 600 раз [16]. Показатели общего билирубина у больных с дискинезией желчевыводящих путей были повышены за счет коньюгированной фракции. Такое повышение можно объяснить большим количеством больных с гипокинетическим типом дискинезии ЖВП в данной группе. У больных с эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ показатели общего билирубина в крови и СОЭ повышены по сравнению с контролем, но все же находится на верхней границе возрастной нормы. Аналогично изменен показатель СОЭ у больных с гастроэнтерологическими проявлениями пищевой аллергии, что возможно связано с неспецифическим иммуновоспалительным процессом в организме. Уровень лейкоцитов у больных с острым гастроэнтеритом и язвенно-эрозивными поражениями во всех возрастных категориях хотя и были на верхней границе нормы, но все же статистически значимо превышали показатели здоровых детей. Это свидетельствует о наличии острого воспаления в ЖКТ у данной категории больных детей. Уровень гемоглобина и количество эритроцитов были умеренно снижены по сравнению с контролем у больных как с функциональными, так и с органическими заболеваниями ЖКТ. Возможно, это связано с алиментарными факторами и явлениями мальдигестии и мальабсорбции у этих детей.

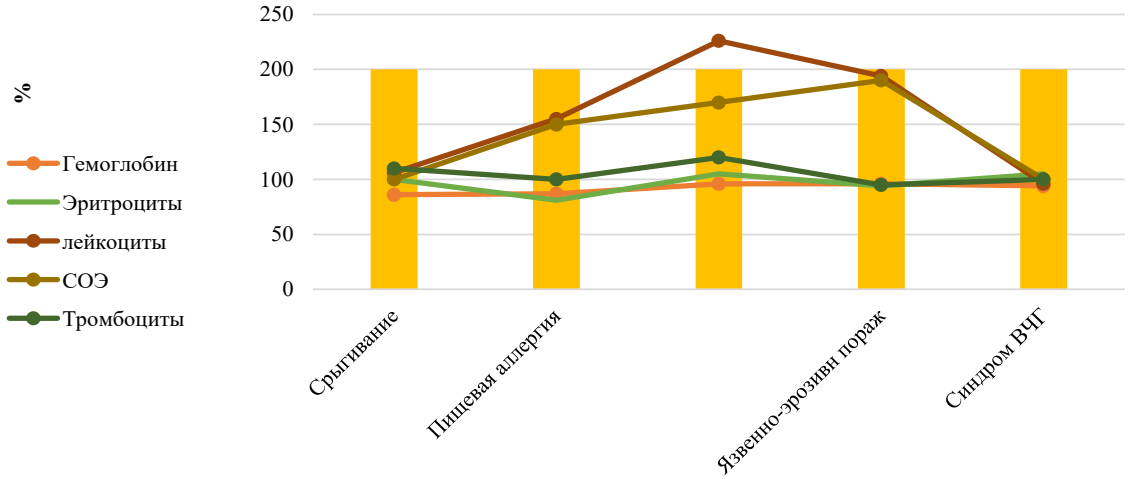


Рис. 1. Показатели ОАК у детей 1 года.

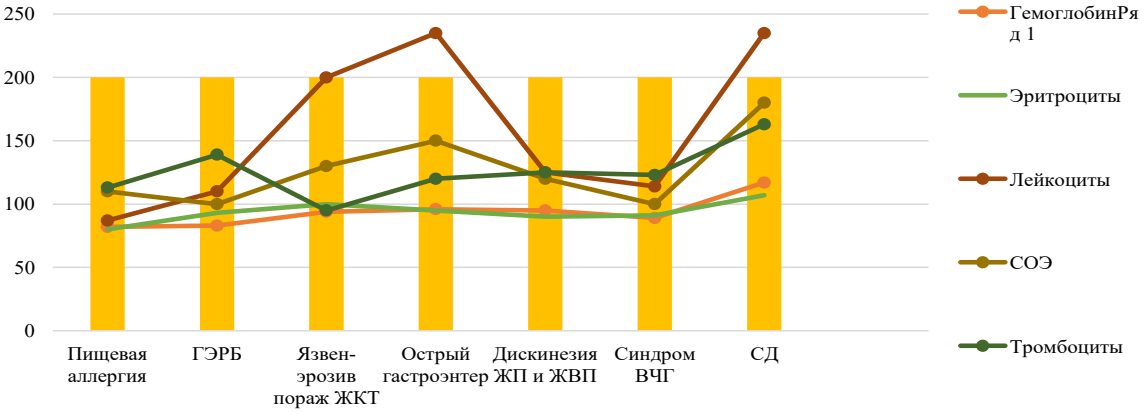


Рис. 2. Показатели ОАК от 1-7 лет.

Повышение количества эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов было отмечено у больных сахарным диабетом. В литературе описаны влияние гипергликемии на количество форменных элементов. Умеренная гликемия приводит к повышению эритроцитов и тромбоцитов, что возможно связано с компенсаторной реакцией организма направленной на повышение кислородной емкости крови в ответ на тканевую гипоксию. Возникновение последней обусловлено увеличением содержания в эритроцитах гликированного гемоглобина с повышением сродством к кислороду, что затрудняет его отдачу тканям и изменяет физико-химические свойства эритроцита [5]. Более высокий уровень гликемии приводит к снижению эритроцитов, тромбоцитов, но повышенными остаются лейкоциты. Повышение уровня лейкоцитов связано со снижением защитных свойств организма при сахарном диабете и развитии воспалительных реакций [12,13].

Симптом рецидивирующей рвоты у детей дошкольного возраста независимо от пола больных встречается наиболее часто при функциональных и органических заболеваниях желудочно–кишечного тракта (83,5%), при нарушении обмена веществ – в 14,2% и при патологии центральной системы – в 2,27% случаев. Особенностью рвоты при заболеваниях ЖКТ является достаточный объем, наличие примесей слизи и желчи, связь с приемом пищи и сочетание с другими диспептическими явлениями. Рвота центрального генеза и при метаболических нарушениях не зависит от приема пищи, многократная и сопровождается неврологической симптоматикой. При дифференциальной диагностике симптома рецидивирующей рвоты, значимыми являются частота, характер, содержимое рвотных масс, зависимость от приема пищи и наличие сопутствующей симптоматики.

Литература

1. ВОЗ. Диарея (Информационный бюллетень). 2017 (апрель). [VOZ. Diarrhea (Newsletter). 2017 (aprel'). (In Russ.)] 14.
2. Гаймоленко С. Г. и др. Вторичный ГЭР у детей. ББК 57.3 А 43. 2019:30.
3. Гилёва Р.А. и др. К вопросу дифференциального диагноза острых инфекционных диарейных заболеваний инвазивного типа у детей. Детские инфекции. 2018;(17)1:2.
4. Горелов А.В., Каннер Е.В., Максимов М.Л. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей: рациональные подходы к их коррекции. Новости. 2019.
5. Гунбина И.В. Сахарный диабет у ребенка: полноценная жизнь под контролем. Педиатрический вестник Южного Урала. 2017:2.
6. Ермоленко К.Д., Лобзин Ю.В., Гончар Н.В. Вирусные гастроэнтериты у детей: современные представления об эпидемиологии и профилактике. Журнал инфектологии. 2015;7(3):22-32.
7. Захарова И.Н. и др. Инструментальная диагностика функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта в практике педиатра и детского гастроэнтеролога. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2018:1.
8. Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов. 2015.
9. Кривопустов С.П. и др. Рвота у детей как междисциплинарная проблема. Дичачий лікарь. 2017;5(18):5-9.
10. Кулешова О.К., Калмыкова А.С. Частота функциональных нарушений пищеварительного тракта у детей грудного возраста. Инновационные технологии в медицине детского возраста Северо-кавказского федерального округа. 2018:184-186.
11. Макарова С.Г., Намазова-Баранова Л.С., Вишнёва Е.А., Ерешко О.А., Гордеева И.Г. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей. Вопросы современной педиатрии. 2017;16(3):202-212
12. Султанова Л. М. Проблемы диагностики и лечения диабетического кетоацидоза у детей и подростков. Вестник современной клинической медицины. 2016;9:2.
13. Тарасенко Н.А. Сахарный диабет: действительность, прогнозы, профилактика. Современные проблемы науки и образования. 2017.
14. Шутова Е.В. Ацетонемический синдром у детей: вопросы диагностики и терапии. Современная педиатрия. 2019;2(90):114-122.
15. American Academy of Pediatrics. Treating vomiting. https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/abdominal/pages/Treating-Vomiting.aspx. Accessed December 10, 2017.
16. American College of Radiology, ACR appropriateness criteria for vomiting in infants). https://acsearch.acr.org/docs/69445/Narrative/ (Accessed on April 17, 2017).
17. Benninga M. A., Faure C., Hyman P. E., St James Roberts I, Schechter N. L., Nurko S. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016. Vol. 150. Pp. 1443–1455.e2
18. Caubet JC, Szajewska H, Shamir R, Nowak-Wegrzyn A. Non-IgE- mediated gastrointestinal food allergies in children. Pediatr Allergy Immunol. 2017;28(1):6–17.
19. Chopra J, Patel N, Basude D, et al. Abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in children. Br J Nurs. 2017;26(11):624–631
20. Forget P., Arends J.W. cow's milk protein allergy and gastro-esophageal reflux. eur. J. Pediatr. 2018;144.№ 4. P. 298–300.
21. Gelfand A.A. Episodic syndromes of childhood associated with migraine. Cur. Opin. Neurol. 2018. Vol. 31. P. 281–285.
22. Hasler W. L. et al. Methodologic considerations for studies of chronic nausea and vomiting in adults and children //Autonomic Neuroscience. 2017;202:28-39.
23. Karen F. Murray, Dennis L. C
24. hristie. Vomiting. Pediatrics in Review. Vol.19, No.10
25. Mahon J, Lifschitz C, Ludwig T, et al. The costs of functional gastrointestinal disorders and related signs and symptoms in infants: a systematic literature review and cost calculation for England. BMJ Open. 2017;7(11)
26. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018.
27. Romano C.,Dipasquale V., Rybak A. et al. An overview of clinical management of cyclic vomiting syndrome in childhood. Curr. Med. Res. Opin. 2018;34(10):1785–1791.

Муминова Д.А.

МАКТАБ ЁШИГАЧА БОЛАЛАРДА ТУРЛИ ХИЛ НОЗОЛОГИЯЛАРДА ҚАЙТАЛАНУВЧИ ҚУСИШНИНГ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ ВА КЛИНИК-ЛАБОРАТОР КЎРСАТКИЧЛАРИ

Калит сўзлар: қусиш, кўнгил айниши, ошқозон-ичак тракти касалликлари, такрорий қусиш синдроми.

Болаларда кўплаб касалликлар ва патологик ҳолатлар қусиш билан бирга кечади. Болаларда қусишнинг энг кўп учрайдиган сабаблари ошқозон-ичак трактининг функционал ва органик касалликларидир . Кусишнинг келиб чиқиш сабаби метаболизмнинг бузилиши ёки эндокрин касалликлари ҳам бўлиши мумкин. Шунинг учун болаларда қусиш – бу индивидуал ёндашувни талаб қиладиган фанлараро муаммо. Амалий педиатрлар дуч келадиган асосий қийинчилик - бу қусиш ва кўнгил айниш аломатини келтириб чиқарадиган сабабларни аниқ фарқлаш.

Muminova D.A.

CHARACTERISTICS AND CLINICAL AND LABORATORY EXACERBATIONS OF RECURRENT VOMITING IN VARIOUS NOSOLOGIES IN PRESCHOOL CHILDREN

Key words: Vomiting, nausea, diseases of the gastrointestinal tract, Syndrome of recurrent vomiting.

In children, many diseases and pathological conditions are accompanied by vomiting. [1,9,15] The most common causes of vomiting in children are diseases of the gastrointestinal tract (GIT), both functional and organic. [8,22,23] Vomiting can also cause both congenital metabolic defects and endocrine disorders. [4,7,14,21,26] Therefore, vomiting in children is an interdisciplinary problem that requires an individual approach to determine the etiopathogenesis and administration tactics. The main difficulty that practical pediatricians have to face is the exact differentiation of the causes that triggered the symptom of vomiting and nausea.

Курьязова Ш.М., Худайбердиева Д.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценка уровня физического развития детей 7 и 10 лет по данным антропометрии и динамометрии у детей с избыточной массой тела.

Материалы и методы. Нами было проведены исследование 98 детей в возрасте от 7-10 лет, которые проходили в городском диагностическом подростковом центре г. Ташкента.

Результаты и обсуждения. Мы проанализировали результаты антропометрических исследований 98 детей (45 девочек и 53 мальчиков). Установлено, что среди детей в возрасте 7 лет 28 % девочек развивались гармонично, то есть их показатели соответствовали норме для данного пола и возраста. Среди мальчиков гармоничное развитие наблюдалось лишь у 12 %. Среди детей 10 лет число девочек с гармоничным развитием уменьшилось и составило 22 %, а среди мальчиков возросло число детей с гармоничным развитием и составило – 18 %.

Важным параметром в оценке состояния здоровья детей является определение уровня его физического развития. Чаще всего с этой целью исследуют соматометрические характеристики, т.е. измерения различных длин и окружностей тела. Основные показатели, позволяющие оценить физическое развитие ребенка – это масса и рост[1,2]. Одним из важных физиометрических показателей, характеризующих физическое развитие, является исследование силы рук методом динамометрии. Мышечная сила рук характеризует степень развития мускулатуры и помогает в оценке состояния здоровья ребенка и уровня его физической подготовленности. По данным ВОЗ 30–50 % детей, имеющих избыточный вес, сохранят его и во взрослом периоде жизни. Ожирение и избыточный вес сказываются



на физическом, функциональном состоянии и поведении ребёнка. «Полные» дети позже начинают ходить, медленнее развиваются, чаще болеют, у них снижается иммунитет, снижается двигательная активность [3].

Самой распространенной формой избыточного веса и ожирения в детском и подростковом возрасте является алиментарное ожирение, не связанное с нарушением работы эндокринной системы организма (83,7 % случаев) [2]. Заболеваемость детей в последние десятилетия неуклонно растет. По данным статистики, только до 38% школьников в возрасте от 7 до 18 лет здоровы. Почти у половины школьников отмечаются функциональные нарушения, а у 30% имеются хронические заболевания. Существует много комплексов физических упражнений для повышения двигательной активности детей и коррекции их веса, но одним из эффективных путей решения проблем ожирения или избыточного веса являются занятия физической культурой, в том числе плаванием, имеющим ряд преимуществ перед другими физическими нагрузками [1]. В отличие от других видов физических упражнений плавание имеет свои характерные особенности, потому что двигательные действия человека происходят в условиях водной среды [4,5].

Цель работы - Выявить уровень физического развития детей 7 и 10 лет по данным антропометрии и динамометрии у детей с избыточным массой тела.

Материалы и методы

Нами было проведены исследование 98 детей в возрасте от 7-10 лет, которые проходили в городском диагностическом подростковом центре г. Ташкента. Оценивались следующие показатели: рост, масса тела, толщина кожно-жировых складок в трех типичных местах (на спине, на животе, на внутренней поверхности бедра). Определяли жизненную ёмкость лёгких (ЖЕЛ) с помощью спирометрии, силу мышц кисти с помощью ручного динамометра, анализировали частоту дыхания (ЧД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД). Детей разделили на 2 группы: 1-основная группа (56 школьника) с избыточной массой тела с занятием спорта и 2-я (42 школьника) с избыточной массой тела без занятия спортом, в группах включали динамическую оценку физического и функционального состояния в течение всего учебного года. Контрольная группа (1 группа) занималась по стандартной школьной программе физической культурой, при этом с детьми не проводилась ознакомительная беседа о положительном влиянии физической культуры на здоровье. Помимо этого время на занятия в спортивном зале было ограниченно, либо отсутствовали вовсе. В экспериментальной группе 2 до начала занятий проводилась беседа с объяснениями «физиологии» ожирения, объяснялась необходимость регулярного систематического посещения занятий с постоянным усложнением структуры каждого занятия. Поэтому дети относились к занятиям ответственно, и пропусков без уважительной причины практически не было. Особенностью коррекционной программы является то, что она разработана для детей младшего школьного возраста специальные упражнения для детей страдающих избыточной массой тела, и предусматривает индивидуальный подход на занятиях. Кроме того, в программе увеличено время третьего занятия в неделю, так как оно не входит в обязательную школьную программу, а является дополнительным образованием.

Результаты и обсуждение

Выявление нормы или отклонения антропометрических показателей осуществляется с помощью стандартов. Важным интегральным показателем в физическом развитии ребенка является индекс массы тела (ИМТ) – величина, которая позволяет оценить степень соответствия массы и роста ребенка данного пола и возраста с учетом закономерностей физического развития, таких как чередование периодов вытяжения и округления в детском возрасте. Данный показатель рассчитывается по формуле: ИМТ = Масса тела (кг)/ Рост (м2) С помощью оценки ИМТ, можно сказать имеются ли у того или иного ребенка нормальная упитанность, избыточная масса тела, ожирение или белково-энергетическая недостаточность. Для оценки показателей роста в детстве используются ростовые кривые, где горизонтальная ось абсцисс – хронологический возраст ребёнка (годы и месяцы). Мы проанализировали результаты антропометрических исследований 98 детей (45 девочек и 53 мальчиков). Установлено, что среди детей в возрасте 7 лет 28 % девочек развивались гармонично, то есть их показатели соответствовали норме для данного пола и возраста. Среди мальчиков гармоничное развитие наблюда-



лось лишь у 12 %. Среди детей 10 лет число девочек с гармоничным развитием уменьшилось и составило 22 %, а среди мальчиков возросло число детей с гармоничным развитием и составило – 18 %. Таким образом, физическое развитие большинства детей младшего школьного возраста не соответствовало нормам своего пола и возраста. Среди нарушений физического развития детей 7 и 10 лет преобладали дети с задержкой роста (низкорослостью) и дефицитом массы тела (белково-энергетической недостаточностью разной степени). В целом, мы выявили 64 % детей с несоответствием физического развития нормам для данного пола и возраста.

Динамика функциональных показателей в 1 и 2 группах наблюдения

Показатели		Сентябрь	Май	P	Сентябрь	Май	P
		1 группа			2 группа		
ЧД (в мин)		23,2±0,64	22,6±0,63	P>0,05	24,9±0,75	19,2±0,69	P<0,05
АД (мм рт. ст.)		110,6/73,1±1,4/1,14	110,1/72,5±1,39/1,13	P>0,05	110,6/73,4±1,58/1,29	109,3/73,2±1,57/1,29	P<0,05
ЧСС (уд/мин)		87,7±1,24	88,2±1,25	P>0,05	89,6±1,43	84,2±1,38	P<0,05
ЖЕЛ (мл)		1500±160	1800±170	P>0,05	1400±180	1700±200	P<0,05
Динамометрия (кг)	Пр.	11,75±0,45	13,0±0,48	P>0,05	10,7±0,49	12,9±0,54	P>0,05
	Лев.	9,75±0,41	10,6±0,43	P>0,05	8,3±0,43	10,8±0,49	P<0,05

Как видно из таблицы, через 9 месяцев регулярных занятий в экспериментальной группе отмечается достоверное снижение частоты дыхания с 24,9±0,75 до 19,2±0,69 в мин, увеличение ЖЕЛ с 1,4 до 1,7 литра. Под воздействием тренировочных нагрузок снижалась ЧСС с 89,6±1,43 до 84,2±1,38 уд/мин, при этом артериальное давление демонстрировало лишь тенденцию к снижению от 110,6/73,4 до 109,3/73,2 мм рт. ст.. Следовательно, отмечалась достоверная положительная динамика функционального состояния детей. Показатели динамометрии кисти как на правой (10,7±0,49 до 12,9±0,54 кг), так и на левой руке (8,3±0,43 до 10,8±0,49 кг) достоверно увеличивались, что свидетельствует об увеличении мышечной силы и симметричном развитии мышц верхнего плечевого пояса, что свидетельствует об улучшении физических данных у детей. Также проводилась оценка заболеваемости детей обеих групп наблюдения, по данным медицинского контроля за состоянием здоровья в течение учебного года, который осуществлялся совместно с педиатром школы. Среди учащихся младших классов было выявлены следующие заболевания ЛОР-органов: хронический тонзиллит — 32,1%, хронический аденоид — 12,8%, хронический гайморит — 10,15%, другие —3,8%; желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит/гастродуоденит — 38,7%, болезни гепатобилиарной системы — 28,6%, другие — 8,6%; опорно-двигательного аппарата: нарушения осанки — 18,4%, уплощение свода стопы — 8,1%, артропатии — 14,2%, другие — 10,5%; нервной системы: вегетососудистая дистония-29,3%, внутричерепная гипертензия — 14,7%; заболевания сердечно-сосудистой системы: ревматизм и пороки сердца — 12,9%, артериальная гипертензия — 15,5%, болезни мочеполовой системы — 25,5%.

Отклонения в данных периодах могли быть связаны как с немодифицируемыми факторами (внутриутробным онтогенезом, генетической предрасположенностью), как и могли быть обусловлены характером питания, образом жизни, функциональными или хроническими заболеваниями. Отдельно оценивались показатели динамометрии для правой и левой кисти. Полученные результаты обрабатывались с использованием программного обеспечения для проведения антропометрических измерений Antropo2009 показателей физического развития. Установлено, что во всех возрастных группах наблюдались выраженные отличия значений силы левой и правой кисти девочек от справочных показателей. Показатели динамометрии девочек 7 и 10 лет значительно выше средних данных для российских детей. Более выраженные отличия получены

для возрастной группы 10 лет. Значения силы правой кисти, находящиеся в диапазоне от 25 до 75 центиля справочных значений, наблюдались только у 22,2% девочек, левой – у 17,4%. Из показателей физического развития в формировании МС у мальчиков и девочек вносит вклад длина тела, а также темп биологического созревания, о котором она свидетельствует. Отрицательный вклад в формирование МС вносит масса тела. Большинство полученных значений динамометрии находилось у подростков в диапазоне от 90 до 97 центиля справочных показателей – 39,5 % показателей правой кисти и 53,1 % – левой. У мальчиков, так же, как и у девочек, наблюдался выраженный сдвиг полученных значений динамометрии в сторону более высоких покакзателей.

Изучение физического развития школьников в современных условиях продолжает оставаться одним из ключевых разделов педиатрии. Продольные и поперечные наблюдения за физическим развитием позволяют своевременно выявлять особенности морфофункционального состояния детей, разрабатывать и пересматривать нормативы физического и биологического развития, а также функциональных показателей, устанавливать степень и силу влияния медико-социальных факторов и факторов окружающей среды на здоровье подрастающего поколения. Полученные нами данные свидетельствуют об отличиях показателей роста, индекса массы тела и динамометрии школьников от физиометрических показателей, указанных в справочной литературе. Проведенные нами исследования подтверждают необходимость регулярного изучения показателей роста, индекса массы тела и динамометрии детей в отдельных регионах.

Литература

1. Ахмедова Д.И. Рост и развитие детей. Т. 2006:65.
2. Ахмедова Д.И., Курьязова Ш.М. Особенности здоровья детей дошкольного возраста региона Приаралья - Хорезмской области. «Клиническая иммунология, иммуногенетика, междисциплинарные проблемы» посвящена к 25 –летию института Иммунологии АНРУз. Научно практическая конференция. Ташкент. 2010:62-64.
3. БарановА.А. Физиология роста и развития детей и подростков. Под ред. А.А Баранова, Л.А. Щеплягинов М. 2000:1-17.
4. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации. Под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучмы. — Сборник материалов. Вып. VI. М.: Педиатр; 2013:10-11.
5. Ходжиева М.В., Скворцова В.А., Боровик Т.Э., и др. Современные взгляды на развитие избыточной массы тела и ожирения у детей. Часть I. Педиатрическая фармакология. 2015;(12)5:573–579.
6. Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р. Оценка физического развития детей младшего школьного возраста в регионе приаралья по данному ANTHROPLUS. Фармакология ва фармакотерапиянинг долзарб муаммолари» Республика илмий-амалий анжуман. Урганч. 2021:352-353.
7. Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М. Оценка физического развития у детей по расчетным индексам в регионе Приаралья. Научно-практический журнал Университетская клиника. Материалы Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать… болезнь».- Донецк, 11-12.11.2021:502.
8. Park MH, Falconer C, Viner RM, Kinra S. The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. Obes Rev. 2012;13(11):985–1000.

Курязова Ш.М., Худайбердиева Д.

ОРТИҚЧА ВАЗНЛИ КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИНИ БАҲОЛАШ

Калит сўзлар: болалар, мактаб ўқувчилари, жисмоний ривожланиш, ортиқча вазн.

Ортиқча вазнли болаларда антропометрия ва динамометрия бўйича 7 ва 10 ёшли болаларнинг жисмоний ривожланиш даражасига бахо берилди. Тошкент шаҳридаги Шаҳар диагностика ўсмирлар марказида бўлган 7-10 ёшли 98 нафар болани ўргандик. Шундан 45 нафар қиз бола ва 53 нафар ўғил болаларни антропометрик тадқиқот натижалари таҳлил қилинди. 7 ёшли болалар орасида қизларнинг 28 фоизи меъёрий ривожланган, яъни уларнинг кўрсаткичлари маълум бир жинс ва ёш учун нормага тўғри келган. Ўғил болалар орасида уйғун ривожланиш фақат 12% да кузатилган. 10 ёшли болалар ўртасида меъёрий ривожланган қизлар 22 %ни ташкил этган бўлса, ўғил болалар орасида меъёрий ривожланган болалар сони 18 %ни ташкил этган.

Kuryazova Sh.M., Khudayberdieva D.

EVALUATION OF PHYSICAL DEVELOPMENT IN CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH OVERWEIGHT

Key words: Children, schoolchildren, physical development, overweight.

The level of physical development of children 7 and 10 years old according to anthropometry and dynamometry in overweight children. We conducted a study of 98 children aged 7-10 years old who took place in the City Diagnostic Adolescent Center in Tashkent. We analyzed the results of anthropometric studies of 98 children (45 girls and 53 boys). It was established that among children aged 7 years, 28% of girls developed harmoniously, that is, their indicators corresponded to the norm for a given gender and age. Among boys, harmonious development was observed only in 12%. Among 10-year-old children, the number of girls with harmonious development decreased and amounted to 22%, while among boys the number of children with harmonious development increased and amounted to 18%.

Азизова Р.А., Мухитдинова М.И., Хакбердиева Г.Э.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ПИЩИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Обеспечить эффективную и безопасную фармакотерапию.

Материалы и методы. Анализ научных исследований, опубликованных в статьях (электронные базы данных, такие как PubMed, EMBASE, Scopus, Google Scholar и Web of Science).

Результаты. Использование знаний взаимодействия лекарственных препаратов и пищевых продуктов в лечении больного повышает эффективность и обеспечивает безопасность фармакотерапии.

Среди множества разнообразных факторов, способных повлиять на клиническую эффективность лекарств большое значение имеет пища. Рекомендации по рациональному сочетанию лекарств и пищи могут существенно повлиять на результаты лечения. Рациональное использование существующих лекарств является одним из путей оптимизации медикаментозной терапии [7]. Основными аспектами взаимодействия лекарств и пищи являются следующие: влияние компонентов пищи на терапевтическую эффективность и на токсичность лекарств; влияние лекарств на физиологические процессы пищеварения и на возникновение патологии пищеварительной системы [4]. О значимости взаимодействия лекарственных препаратов и пищи говорит тот факт, что Национальной лигой потребителей США выпущена специальная брошюра с перечнем лекарств, несовместимых с определенными продуктами питания. Например, употребление кофе или колы вместе с антибиотиками может вызвать раздражение слизистой желудка и стать причиной нервного возбуждения. А грейпфрутовый сок, повышающий степень усвояемости лекарств и вследствие этого вызывающий их передозировку, ни в коем случае нельзя пить одновременно с сердечными препаратами [1].Советники британского правительства обеспокоены тем, что сильнодействующие медицинские препараты, токсичные по своей природе, могут стать еще более опасными при взаимодействии с некоторыми веществами в пище, напитках и диетических добавках. Или наоборот, пациенты неосознанно могут подрывать эффективность своего лечения, употребляя в пищу не те продукты. По данным Агентства пищевых стандартов и Управления по контролю медикаментов и продуктов здоровья, существует как минимум 200 лекарственных средств, на действие или токсичность которых влияет пища. Эти сведения изложены в рекомендациях. Ранее к британским врачам, медсестрам и фармацевтам уже обращались с просьбой контролировать безопасность приема лекарств. И причиной тому было существование потенциально летальных комбинаций распространенных медицинских препаратов и продуктов питания. Например, антикоагулянт варфарин и клюквенный сок; противохолестериновые препараты, известные как статины, и грейпфрутовый сок; оральные контрацептивы, антидепрессанты, лекарства от СПИДа и зверобой.



Молоко и молочные продукты понижают эффективность антибиотиков, принимаемых для лечения инфекционных заболеваний. Новые продукты, такие, как обогащенные йогурты и молочные коктейли, предназначенные для улучшения состояния здоровья путем изменения микрофлоры кишечника, могут давать и другие лекарственно-пи щевые реакции. В рекомендации британским медикам указывается, что на эту проблему необходимо обратить повышенное внимание [5].

Из всех путей поступления лекарственных веществ в организм наиболее распространенным является пероральный: во - первых, это удобно для пациента, во- вторых, пероральный путь - естественный и относительно безопасный, благодаря естественному барьеру - печени. В то же время при пероральном пути введения лекарства находятся в пищеварительном тракте определённое время, где они взаимодействуют с компонентами пищи и пищеварительными ферментами. При пероральном приеме взаимодействие лекарственных веществ с различными ингредиентами пищи может оказать существенное влияние не только на развитие фармакологического эффекта, но и на возникновение осложнений фармакотерапии. Кроме того, длительный прием лекарств может способствовать развитию нарушений функций пищеварительной системы [3].

Попробуем разобраться в том, что же происходит в желудке в разное время после приема пищи. Когда желудок пустой (это обычно за 30 минут до еды и через 4 часа после еды) - количество желудочного сока в нем минимально - такое время называют «натощак». В это время желудочный сок содержит мало соляной кислоты. С приближением очередного приема пищи количество желудочного сока и соляной кислоты в нем возрастает, а с первыми порциями пищи его выделение становится особенно обильно. По мере поступления пищи в желудок кислотность желудочного сока постепенно снижается за счет его нейтрализации пищей (особенно, если вы едите молоко или яйца). Однако в течение 1-2 часов после еды она снова возрастает, поскольку желудок к этому времени освобождается от пищи, а выделение желудочного сока еще продолжается. Особенно сильно такая вторичная кислотность проявляется после потребления жирного жареного мяса или черного хлеба. Пища, частично переваренная желудочным соком, переходит в начальный отдел тонкого кишечника - двенадцатиперстную кишку. Туда же начинает поступать желчь, вырабатываемая печенью, и пищеварительные ферменты, выделяемые поджелудочной железой. Благодаря содержанию большого количества ферментов в панкреатическом соке и биологически активных веществ в желчи начинается активный процесс переваривания пищи. В отличие от панкреатического сока желчь выделяется постоянно, включая промежутки между приемами пищи. Избыточное количество желчи поступает в желчный пузырь.

При взаимодействии лекарств и пищи в организме происходят сложные процессы. Основными факторами, имеющими значение при этом, являются: физиико-химические свойства лекарственного вещества; физиологическое состояние органов пищеварительной системы; лекарственная форма; количество и состав пищи; особенности фармакокинетики лекарственного вещества.

На этапе пребывания лекарственных веществ в желудочно-кишечном тракте возможны следующие варианты взаимодействий их с пищей:

- химическое взаимодействие лекарственных веществ и компонентов пищи;
- физическое взаимодействие лекарственных веществ и компонентов пищи (адсорбция лекарств на пищевом комке, покрытие лекарства слизью, вхождение лекарства внутрь пищевого комка и др.);
- изменение pH в желудке и, как следствие, изменение степени ионизации лекарственных веществ;
- конкуренция лекарственных веществ и компонентов пищи за белки-переносчики (при активном механизме транспорта);
- изменение времени нахождения лекарства в желудке или кишечнике;
- метаболизм лекарственных веществ под действием микрофлоры кишечника.

Ряд лекарственных средств, например, ацетилсалициловая кислота, всасывается через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта путем пассивной диффузии неионизированных жирорастворимых молекул через мембрану клеток. Поэтому всасывание ацетилсалициловой кислоты, принятой после еды, уменьшается за счет увеличения степени ионизации молекул. Следовательно, ацетил-



салициловую кислоту следует принимать до еды и запивать жидкой крахмальной слизью. При этом не только существенно уменьшается повреждающее действие препарата на слизистую оболочку желудка, но и одновременно возрастает скорость и полнота его всасывания [3,8].

Некоторые лекарственные средства всасываются путем активного транспорта с помощью транспортных систем клеточных мембран. Так всасываются препараты, содержащие, L-ДОФА (наком, мадопар, синемет), допегит, препараты наперстянки, рибофлавин, аскорбиновая кислота, препараты железа. Если пища содержит компоненты, также всасывающиеся путем активного транспорта (мясной, растительный и молочный белок), то возникает конкуренция между элементами пищи и лекарством за один транспортный механизм [3,4].Следовательно, лекарственные средства, вса-сывающиеся путем активного транспорта, следует принимать натощак или в часы, не связанные с приемом пищи.

Классическим примером лекарственно-пищевого взаимодействия является взаимодействие антибиотиков группы тетрациклина с молочными продуктами. Под влиянием желудочного сока казеиноген, содержащийся в молоке, превращается в казеинат кальция, выпадает хлопьями и образует с тетрациклином, метациклином и доксициклином невсасывающийся комплекс. В результате молоко и молочные продукты на 20-80% снижают всасывание тетрациклиновых антибиотиков. Следовательно, при приеме антибиотиков группы тетрациклина их нельзя запивать молоком. Также установлено, что молоком нельзя запивать пенициллины и цефалоспорины, предназначенные для приема внутрь, так как при этом снижается скорость и полнота их всасывания. Но молоко может и увеличивать скорость и полноту всасывания некоторых лекарственных средств: реопирин, бутадион, вольта- рен, индометацин, преднизолон, дексаметазон и препараты содержащие резерпин. Следовательно, перечисленные лекарственные средства желательно принимать за 30-60 мин до еды и желательно запивать молоком [3,8].

Употребление напитков «Фанта» и «Пепси-кола» могут существенно снизить антибактериальный эффект антибиотиков тетрациклинового ряда и макролидов, так как напитки содержат в своем составе ионы железа и каль -ция, которые образуют труднорастворимые комплексы с антибиотиками. Кислые фруктовые и овощные соки путем изменения степени ионизации и биодоступности могут препятствовать проявлению терапевтического действия антибиотиков (эритромицина и ампициллина), а действие других лекарственных средств (салицилатов, барбитуратов, нитрофуранов, ацетазоламида) они способны усиливать (вплоть до токсического). Танин, содержащийся в чае, уменьшает скорость и степень всасывания алкалоидов атропина, кодеина, морфина, папаверина и платифиллина, нейролептиков аминазина и галоперидола, Н2-антагониста циметидина, пероральных контрацептивов.

β-Блокаторы по физико-химическим свойствам разделяют на водо- и жирорастворимые. Водорастворимые β-блокаторы (атенолол, метопролол, коргард, или надолол) лучше всасываются натощак; жирорастворимые (пропранолол, или аннаприлин, обзидан, индерал, пиндолол, или вискен), напротив, плохо всасываются натощак из водной среды желудочного сока и поэтому их следует принимать после еды [8].

Некоторые липофильные препараты рациональнее принимать после еды, поскольку пища стимулирует отток желчи, а желчные кислоты способствуют растворению жирорастворимых молекул лекарственного вещества. К таким препаратам относятся верошпирон, противогрибковые, противопротозойные средства, производные нитрофурана (фурагин, фурадонин и др.). Пища снижает скорость всасывания, но увеличивает ее полноту и таким образом пролонгирует эффект производных бензодиазепина (диазепам, феназепам, тазепам, нозепам, мезапам). Эти препараты также следует принимать после еды.

Пациенты, принимающие препараты амиодарон, карбамазепин, циклоспорин, сиролимус или такролимус, должны избегать употребления в пищу грейпфрутов, кислых апельсинов, а также полученных из них соков. Грейпфруты ингибируют активность цитохрома Р450 изоэнзима CYP3A4, который включён в метаболизм почти половины всех назначаемых лекарственных препаратов [2].

На выраженность взаимодействия лекарства и пищи большое влияние оказывает также лекарственная форма препарата: жидкие



лекарственные формы менее подвержены влиянию пищи, так как могут относительно свободно перемещаться из желудка в кишечник, минуя пищевой комок,твердые лекарственные формы при совместном приеме с пищей могут длительно задерживаться в полости желудка, что нарушает всасывание действующих веществ [9,14]. Взаимодействие твердых лекарственных форм с пищей зависит от величины частиц, наполнителей, материала покрытия. Влиянию пищи менее подвержены препараты, полученные на основе микрогранул, и частицы с пленочным покрытием. Таблетки с кишечнораст-воримым покрытием особенно чувствительны к приему пищи: одновременный их прием с пищей задерживает нахождение таблеток в желудке и препятствует всасыванию. Кроме того, при применении этих таблеток со щелочной пищей или запивание их щелочной жидкостью возможно растворение оболочки и разрушение действующего вещества во время нахождения препарата в желудке.

Пищевые продукты содержат фармакологически активные вещества, что может оказывать влияние на фармакодинамику принимаемых одновременно с такими продуктами лекарственных средств [7,13]. Например, некоторые овощи (белокочанная капуста, листовой салат, редька) содержат вещество прогватрин, оказывающее антитиреоидное действие. Совместное употребление этих овощей и антитиреоидных препаратов усиливает терапевтический эффект последних и, наоборот, может ослаблять действие гормональных препаратов щитовидной железы.

Земляника, свекла, калина, черноплодная рябина содержат биологически активные вещества, способствующие расширению периферических сосудов и снижению артериального давления, поэтому употребление их при применении гипотензивных препаратов может привести к резкому снижению АД [6,8].

Терапевтический эффект непрямых антикоагулянтов может быть существенно снижен при их сочетании с пищей, богатой витамином К: шпинат, свиная печень, помидоры, зеленый горошек, капуста белокочанная. Антибактериальное действие сульфаниламидных препаратов снижается при применении их вместе с пищей, содержащей фолиевую кислоту в большом количестве - говяжья печень, бобы, дрожжи, петрушка, шпинат, томаты. Продукты, содержащие серу (яйца и др.), способствуют образованию метгемоглобина при одновременном приеме сульфаниламидов. Пища, богатая витамином В6- мясо, рыба, молоко, сыр, соя, мука пшеничная и ржаная, кукуруза, ячмень, дрожжи, может существенно снизить эффективность препаратов леводопы (Наком, Мадопар, Синемет), так как витамин В6 активно участвует в обмене аминокислот, а также ускоряет превращение леводопы в дофамин, который плохо проникает через гематоэнцефалический барьер. При сочетании ингибиторов МАО и продуктов с высоким содержанием тирамина (сыр, брынза, маринованная и копченая сельдь, мясные и рыбные консервы, красная и черная икра, копченая колбаса, кофе, шоколад, пиво, вина (рислинг, херес), бананы, ананасы, лимоны, апельсины, мандарины, виноград, черная, белая и красная смородина, финики) могут развиться гипертонический криз и ряд тяжелых осложнений, связанных с прессорным действием биогенных аминов: сильная головная боль, тахикардия, резкое повышение АД, внутричерепные кровоизлияния и др. Поэтому при приеме препаратов группы ингибиторов МАО и психостимуляторов из диеты следует исключать эти продукты. При одновременном употреблении пищевых продуктов, богатых нитратами и нитритами и следующих лекарственных препаратов: антигистаминных средств (Н1-блокаторов); Н2-блокаторов (ранитидин, циметидин, фамотидин); сахароснижающих, производных сульфонилмочевины (глибенкламид, гликлазид); органических нитратов (нитроглицерин и др.) возможно опасное осложнение - образование нитросоединений с канцерогенной активностью.

Постоянное использование слабительных средств весьма вредно, так как чрезмерная потеря жидкости может вести к обезвоживанию организма и снижению концентрации калия в крови [7,10]. Более того, при ускоренном прохождении пищи через кишечник ухудшается усвоение практически всех питательных веществ.

Во время приема антикоагулянтов, используемых для понижения свертываемости крови и предотвращения образования тромбов не рекомендуется назначение витаминов А и С, так как они могут снизить эффективность действия лекарств. Избыток витамина Е может оказать противоположный эффект и вызвать кровотечение [3,9].



Некоторые препараты для снижения уровня холестерина и других липидов в крови, связывающиеся с желчными кислотами, действуют благодаря способности захватывать холестерин в кишечнике и не давать ему всасываться в кровь. Поскольку эти препараты нарушают усвоение железа и фолата, больные, проходящие подобный курс лечения, должны получать пищевые добавки фолата и железа. Эффективность лечения возрастает, если исключить из меню продукты, богатые насыщенными жирами и холестерином [7,11].

Сердечные гликозиды (дигоксин и ему подобные) не следует сочетать с пищей, богатой клетчаткой, поскольку эти лекарства связываются как с растворимой, так и с нерастворимой клетчаткой. Это снижает эффективность лечения, так как меньшее количество препарата попадает в кровь [3,8].

Во время приема антибиотиков можно поддерживать нормальную микрофлору кишечника с помощью биойогурта. Нистатин может блокировать действие витаминов B_2 и B_6. Оба этих побочных эффекта могут быть предотвращены при употреблении пищи, богатой витаминами группы В (продукты из цельного зерна, мясо, яйца и молоко) [9].

Важно учитывать еще некоторые особенности: при рационе, богатом жирами, увеличивается концентрация витамина А в плазме крови (возрастают скорость и полнота его всасывания в кишечнике);молоко усиливает всасывание витамина D, излишек которого опасен, в первую очередь, для центральной нервной системы; белковое питание или употребление маринованных, кислых и соленых продуктов ухудшает всасывание противотуберкулезного средства изониазида, а безбелковое, наоборот, улучшает [9,15].

При назначении лекарственных препаратов нужно знать, что:

1. назначение лекарств до еды уменьшает возможность взаимодействия лекарств с компонентами пищи, исключает влияние компонентов пищи на всасывание лекарств и ограничивает отрицательное воздействие пищеварительных соков на лекарства.
2. пища стимулирует выделение желчи, что способствует всасыванию липофильных веществ, поэтому липофильные средства целесообразно назначать после еды.
3. обильная мясная и растительная пища, молоко сдвигают pH мочи в щелочную сторону и способствуют выведению лекарств - слабых кислот (салицилаты, барбитураты и др.).
4. пищевые продукты, богатые кислыми эквивалентами (цитрусовые, клюква, сливы и др.), способствуют выведению лекарств - слабых оснований и усиливают действие лекарств - слабых кислот.

Когда лекарство назначается на короткий срок, несоблюдение правил его приема редко приводит к серьезным проблемам. Побочные эффекты взаимодействия лекарственных веществ с пищей становятся гораздо более вероятными, если лекарство назначается на длительный срок.

Таким образом, рациональное сочетание лекарственных средств и пищевых продуктов может существенно повысить эффективность и обеспечить безопасность лекарственной терапии.

Литература

1. Сычёв Д.А., Остроумова О.Д., Кочетков А.И., Переверзев А.П., Остроумова Т.М., Клепикова М.В., Аляутдинова И.А., Эбзеева Е.Ю. Лекарственноиндуцированные заболевания: эпидемиология и актуальность проблемы. Фарматека. 2020;27(5):77-84.
2. Деримедведь Л.В., Перцев И.М., Шуванова Е.В., Зупанец И.А., Хоменко В.Н. Взаимодействие лекарств и эффективность фармакотерапии. Х.: Изд-во «Мегаполис». 2002; 784.
3. Каркищенко Н.Н., Хоронько В.В., Сергеева С.А., Каркищенко В.Н. Фармакокинетика. Ростов-на-Дону: Феникс. 2001:383
4. Материалы:European Association of Pharmacology.2005.
5. Михайлов И. Б. Основы рациональной фармакотерапии: Учебное пособие по клинической фармакологии. СПб: Фолиант.2017;480.
6. Мухитдинова М.И., Азизова Р.А.,Карабекова Б.А. Влияние пищи на эффективность фармакотерапии. Наука и образование:сохраняя прошлое ,создаём будущее.Сборник статей IX международной научно-практической конференции.5 мая 2017 г. г.Пенза.Россия,часть I:194-198
7. Перцев И.М., Шевченко Л.Д., Гудзенко А.П. Влияние взаимодействия ле- карств и пищи на эффективность фармакотерапии. Луганск. 1998:50.
8. Пименов А. Ф., Деримедведь Л.В., Прокопенко Т.С. и др. Витамины. Харьков-Донецк. 2001:148.

9. Koziolek M, Alcaro S, Augustijns P, Basit AW, Grimm M, Hens B, Hoad CL, Jedamzik P, Madla CM, Maliepaard M, Marciani L, Maruca A, Parrott N, Pávek P, Porter CJH, Reppas C, van Riet-Nales D, Rubbens J, Statelova M, Trevaskis NL, Valentová K, Vertzoni M, Čepo DV, Corsetti M. The mechanisms of pharmacokinetic food-drug interactions - A perspective from the UNGAP group. Eur J Pharm Sci. 2019 Jun 15;134:31.
10. Kang SP, Ratain MJ. Inconsistent labeling of food effect for oral agents across therapeutic areas: differences between oncology and non-oncology products. Clin Cancer Res. 2010;16(17):4446
11. Willemsen AE, Lubberman FJ, Tol J, Gerritsen WR, van Herpen CM, van Erp NP. Effect of food and acid-reducing agents on the absorption of oral targeted therapies in solid tumors. Drug Discov Today. 2016 Jun;21(6):962- 76.
12. Abdollahi M, Eslami S, Taherzadeh Z, Salehi S, Ebrahimi M. Factors Associated with Potential Food-Drug Interaction in Hospitalized Patients: A Cross-Sectional Study in Northeast Iran. Evidence Based Care. 2018;8(1):27
13. Carvalho REFLd, Reis AMM, Faria LMPd, Zago KSdA, Cassiani SHDB. Prevalence of drug interactions in intensive care units in Brazil. Acta Paulista de Enfermagem.2013;26(2):150
14. European Medicines Agency (EMA), 2012. Guideline on the Investigation of Drug Interactions. Committee for Human Medicinal Products (CHMP). Available from:
15. Petric Z, Žuntar I, Putnik P, Bursać Kovačević D. Food-Drug Interactions with Fruit Juices. Foods. 2020;10(1):33. Published 2020.

Azizova R.A.,Muxitdinova M.I., Xakberdieva G.E.

DORILARNING VA OZIQ-OVQATLARNING O'ZARO TA'SIRLARI

Kalit so'zlar: dori vositalar, oziq-ovqat, o'zaro ta'sir, klinik samaradorlik, xavfsizlik.

Maqola farmakoterapiya samaradorligini oshirish va xavfsizligini ta'minlash uchun dori vositalari va oziq-ovqat mahsulotlarining o'zaro ta'siri haqidagi bilimlardan to'g'ri foydalanishga yordam beradi.

Azizova R.A., Mukhitdinova M.I., Khakberdieva G.E.

DRUG AND FOOD INTERACTIONS

Key words: drugs, food, interaction, clinical efficacy, safety.

The article deals with the study literature data analyses on interaction of medication and food. It may increase the efficacy and guaranty the safety of pharmacotherapy.

Абдуназарова Г.А., Юнусова Р.Т., Дергунова Г.Е.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у девочек подростков.

Материалы и методы. Анализ медицинской документации 52 пациенток (средний возраст 11,4±1,8 лет) девочек - подростков которые, на момент исследования проходили диспансеризацию в городском подростковом диагностическом центре.

Результаты. При анализе состояния здоровья подростков удельный вес первой группы здоровья составил 15%. В тоже время согласно результатам анонимного анкетирования, абсолютно здоровыми считали себя 42,00% девочек, не совсем здоровыми-52,00%, больными-6,0%.

Доминирующая доля сердечно-сосудистых заболеваний в структуре смертности и инвалидизации населения развитых стран, рост сердечно-сосудистой патологии привели к формированию представления о сердечно-сосудистом континууме, основанном на клинической оценке факторов, влияющих на риск развития сердечно-сосудистых осложнений. В связи с этим актуальным является изучение начальных этапов этого процесса, а именно — детства и подросткового периода. Подростковый период наиболее сложный период детства. В пубертатном периоде рост различных органов и систем происходит с не-



одинаковой интенсивностью, что нередко ведет к временным нарушениям координации их функций. Это относится, прежде всего, к сердечно-сосудистой системе. Так, в этот период отмечается отставание объема сердца от объема тела. Если у взрослого человека отношение объема сердца к объему тела составляет 1:60, у подростка — 1:90. Установлено также, что, если объем сердца подростков четко коррелирует с ростом и массой тела, такая корреляция отсутствует с поперечником крупных сосудов (Литовченко О.Г. 2017). Следовательно, подростковому периоду свойственно опережение нарастания объема сердца по сравнению с увеличением просвета крупных сосудов. Это является одним из важных факторов, способствующих повышению АД и появлению систолического шума в период полового созревания. Различная интенсивность роста наблюдается также со стороны мышечной и нервной ткани миокарда, поскольку рост нервной ткани значительно отстает от быстро нарастающей массы миокарда, что может вызывать временно возникающие нарушения ритма и проводимости. В этот период происходит рост коронарных артерий, увеличивается их просвет, что способствует хорошей васкуляризации сердца и росту мышечных клеток миокарда. Рост, развитие и функциональное совершенствование сердечно-сосудистой системы завершается только к 19–20 годам. К этому времени основные показатели гемодинамики становятся такими же, как у взрослых. Гармонично развитые подростки имеют высокую корреляцию объема сердца и диаметра магистральных сосудов с размерами тела, сочетающуюся с хорошим функциональным состоянием сердечно-сосудистой системы(Литовченко О.Г. 2017).

Цель работы - изучить особенности функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у девочек подростков.

Материалы и методы

Анализ медицинской документации 52 (средний возраст 11,4±1,8 лет) девочек – подростков, которые на момент исследования проходили диспансеризацию в городском подростковом диагностическом центре. Отбор девочек –подростков, осуществлялся методом сплошной случайной бесповторной выборки, применялись следующие методы: клинико-анамнестический, оценка внешних малых аномалий развития, опроса родителей, анализ данных первичных медицинских документов. Проведена стандартизированная оценка результатов функциональных методов исследования ССС — электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиографии (Эхо-КГ).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением прикладных программ для статистической обработки данных Statistica® версии 6.0. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивали по критериям Стьюдента. Различия сравниваемых величин признавали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Анализ данных анкетирования девочек подростков с одинаковой частотой выявили наследственную отягощенность у каждого четвертого подростка по линии матери, у каждого пятого по линии отца, в половине случаев представленную заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В равной степени у родителей отмечались вредные привычки (активное и пассивное курение), у подавляющего большинства матерей отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (57,14% и 52,55%). При анализе состояния здоровья подростков удельный вес первой группы здоровья составил 15%. В тоже время согласно результатам анонимного анкетирования, абсолютно здоровыми считали себя 42,00% девочек, не совсем здоровыми-52,00%, больными-6,0%. Основные жалобы девочки предъявляли на интенсивные перепады настроения (45,6%), частые головные боли 63,8%, одышка при физических нагрузках 32,5%, боли в области сердца 25%, метеочувствительность суставных болей -18,6%, сонливость-25,3%, ощущение перебоев в работе сердца-23,6%, головокружения -28,4%. В основу формирования здоровья девочек –подростков, заложены такие критерии как анатомо-физиологические особенности организма, социальная нагрузка, степень приспособленности к условиям окружающей среды, с которыми связана специфика ухода и воспитания ребенка.

По данным исследований 2015-2020 годов ВОЗ выявляла что, вторичная аменорея и различные нарушения основных систем жизнедеятельности у девочек зависит от питания, что в дальнейшем влияет на состояние репродуктивного здоровья девочек. Основой состо-

яния сердечно-сосудистой системы является артериальное давление (АД). Исследовали суточный ритм артериального давления (АД), определяли пульсовое артериальное давление (ПАД), средне-динамическое давление (СДД) и вариабельность АД. Анализ суточного ритма АД показал патологическое изменение, наиболее высокие АД было у девочек, в анамнезе которых отмечалось активное и пассивное курение родителей (35,7% и 45,6% соответственно). Они были представлены группой «non-dippers», характеризующейся ригидным ритмом АД в течение суток (суточный индекс 0-10%), небольшую долю 1,2% составили дети с избыточным снижением САД вовремя ночного сна — группа «over-dippers» (СИ>20%). Отягощенной наследственности по ССЗ - 51,2%, из которых отягощенная наследственность по гипертонической болезни была выявлена в 94,1% случаев. Следует отметить тот факт, что значимое влияние на состояние сердечно-сосудистой системы оказывали многие факторы, как курение, наследственная отягощенность и питание в семье, что способствует в дальнейшем на формирование стабильной АГ. При оценке частоты сердечных сокращений (ЧСС) по данным ЭКГ в покое, у 27 (52%) подростов выявлена синусовая брадикардия с ЧСС <2. У 25 (48%) девочек отмечены неспецифические нарушения фазы реполяризации. По данным Эхо-КГ при расчете массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) с индексацией к росту в степени 2,7 у 30 (75%) подростков показатель был <10 перцентиля, что соответствует возрасту девочек; сократительная способность миокарда ЛЖ при этом соответствовала удовлетворительной оценке. У 20 (38,4%) девочек впервые выявили малые аномалии сердца на ЭХО-КГ, как дополнительная хорда левого желудочка. При выявлении отклонений ССС у девочек - подростков необходим дифференциальный диагноз с воспалительными, дисэлектролитными, эндокринными причинами и патологиями.

Таким образом, наличием факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у девочек и членов их семей, указывает на необходимость семейной профилактики, который позволит внедрить дифференцированную диспансеризацию и реально определить потребность в современной терапевтической помощи. Оценка эпидемиологической ситуации в отношении данных факторов риска у подростков может стать основой для мониторирования ситуации и оценки эффективности профилактических мероприятий.

Литература

1. Александров А.А. Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. М., 2012:23–47.

2. Грошева Е.В. Функциональные особенности сердечно – сосудистой системы учащихся 9 классов. Грошева Е.В., Сабурцев С.А., Сабурцев А.И., Мамонова С.Б. Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2015;4–2:200–205.

3. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. Под ред. Ющука Н.Д., Маева И.В., Гуревича К.Г. М., Практика, 2015:416.

4. Лукьянчиков В.С. Возрастные аспекты сердечно-сосудистого риска. Лукьянчиков В.С., Шарапов А.Н. Новые исследования. 2014;4:87–97.

5. Магомедова С.А. Сердечно-сосудистые заболевания у детей школьного возраста и факторы, способствующие их развитию. Врач – аспирант. 2012;5.1:201–210.

6. Петеркова В.А. Редкие формы ожирения. Петеркова В.А., Васюкова О.В. Лечащий врач. 2008;3:29–33.

7. Рябинина Е.А. Определение факторов риска развития тромбоз-ассоциированных заболеваний у детей в центрах здоровья. Рябинина Е.А., Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф. Фундаментальные исследования. 2013;7:440–444.

8. Сабгайда Т.П. Изменение заболеваемости российских детей, подростков и взрослого населения болезнями основных классов в постсоветский период. Сабгайда Т.П., Окунев О.Б. Социальные аспекты здоровья населения. 2012.

9. Chiolero A., Madeleine G., Gabriel A., et al. Prevalence of elevated blood pressure and association with overweight in children of a rapidly developing country. J. Hum. Hypertens. 2007;21(2):120–127.

Абдуназарова Г.А., Юнусова Р.Т., Дергунова Г.Е.

ЎСМИР ҚИЗЛАРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИРЛАР ТИЗИМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Тадқиқот мақсади ўсмир қизларда юрак-қон томир тизимининг функционал бузилишлари хусусиятларини ўрганишдан иборат. Ўрганиш вақтида шаҳар ўсмирлар диагностика марказида тиббий кўрикдан ўтаётган 52 нафар беморнинг (ўртача ёши 11,4±1,8 йил) ўсмир қизларнинг тиббий ҳужжатлари таҳлил қилинди. Ўсмирларнинг соғлиги ҳолати таҳлил қилинганда, биринчи соғлиқни сақлаш гуруҳининг улуши 15% ни ташкил этди. Шу билан бирга, аноним сўров натижаларига кўра, қизларнинг 42,00 фоизи ўзларини мутлақо соғлом, 52,00 фоизи - унчалик соғлом эмас, 6,0 фоизи - касал деб ҳисоблаган.

Abdunazarova G.A.,Yunusova R.T., Dergunova G.E.

FEATURES OF FUNCTIONAL DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN ADOLESCENT GIRLS

To study the features of functional disorders of the cardiovascular system in adolescent girls.

Analysis of medical records of 52 patients (mean age 11.4±1.8 years) of teenage girls who, at the time of the study, were undergoing medical examination at the City Teenage Diagnostic Center. When analyzing the state of health of adolescents, the share of the first health group was 15%. At the same time, according to the results of an anonymous survey, 42.00% of girls considered themselves absolutely healthy, 52.00% - not quite healthy, 6.0% - sick.

Мухитдинова М.И., Хакбердиева Г.Э., Азизова Р.А.

ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Эффективное и безопасное применение НПВС в лечении больных.

Материалы и методы. Анализ научных исследований, опубликованных в статьях (электронные базы данных, такие как PubMed, EMBASE, Scopus, Google Scholar и Web of Science).

Результаты. Рациональное применение НПВС при лечении больного повышает эффективность и обеспечивает безопасность фармакотерапии.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) широко используются при воспалениях различного генеза, при болевом синдроме, для снижения температуры тела, в качестве антиагреганта (аспирин) [2,3,14]. К сожалению, применение их не безопасно, т.к. они обладают большим количеством побочных эффектов, проявление которых может усиливаться при неправильном режиме дозирования, когда не учитываются взаимодействия с другими препаратами, сопутствующие заболевания. Согласно данным ARAMIS (Arthritis, Rheumatismand Aging Medical Information System), ежегодно в США применение НПВС являются причиной 16 500 смертей и более 100 000 госпитализаций от побочных эффектов [3]. Проблема безопасного применения НПВС достаточно актуальна, особенно для лиц, страдающих разнообразными сопутствующими заболеваниями, которые вынуждены принимать большое число лекарственных средств.

В США в 1999-2001 гг. наблюдалась положительная динамика показателя госпитализаций из-за развития гастропатии в связи с увеличением использования ингибиторов ЦОГ-2 [15,21]. Наиболее частым осложнением для большинства НПВС является поражение желудочно-кишечного тракта в виде развития эрозий и даже язв слизистой оболочки желудка [4,17]. Появление его связано со снижением протективного действия простагландинов на слизистую ЖКТ, когда уменьшается образование гликопротеидов, защитной слизи и бикарбонатов. Этот нежелательный эффект чаще проявляется у больных гастритом и язвенной болезнью желудка, и двенадцатиперстной кишки, у лиц пожилого возраста и при длительном лечении. Иногда первым проявлением гастропатии может быть желудочно-кишечное кровотечение, угрожающее жиз-



ни больного. Ульцерогенность НПВС может усилиться при одновременном применении их с глюкокортикоидами, цитостатиками [20]. Для улучшения переносимости НПВС одновременно можно назначать лекарственные средства, снижающие желудочную секрецию (блокаторы гистаминовых Н2 рецепторов, ингибиторы протонной помпы) и защищающие слизистую оболочку желудка (мизопростол, Де-нол). Были синтезированы НПВС нового поколения, у которых негативное влияние на желудочно- кишечный тракт значительно снижено.

Возможно прямое токсическое действие НПВС на почки, когда снижается клубочковая фильтрация, а это в свою очередь вызывает нарушения водно-электролитного обмена (задержка натрия, воды, гиперкалиемия), рост уровня креатинина в сыворотке крови. Это проявляется развитием отёков, снижением мочеотделения вплоть до анурии (фенилбутазон, индометацин, аспирин). Токсическое действие на почки усиливается при одновременном применении НПВС с фуросемидом, спиронолактоном, тиазидными диуретиками, пропранололом [3,4,5]. При длительном (3-6 месяцев) приёме НПВС (индометацин, бутадион, напроксен, анальгин) возможно развитие интерстициального нефрита, возникновение которого зависит от суммарной дозы препарата, принятого пациентом в течении жизни. Развитие этого осложнения связано с угнетением синтеза простагландинов (ПГ-Е2) и простациклина, что ведёт к сужению сосудов и ухудшению почечного кровотока, вызывающих ишемические изменения в почках, повышение артериального давления. Ибупрофен, напроксен, фенопрофен могут вызвать острый канальцевый некроз, а фенилбутазон наряду с этим стимулирует урикозурический эффект с последующей кристаллизацией мочевой кислоты в канальцах[19].Учитывая выше сказанное, необходимо осторожное применение НПВС у больных с почечной патологией, с сердечной недостаточностью, пожилыми пациентами. При применении вышеуказанных препаратов длительное время необходим мониторинг функционального состояния почек.

НПВС могут влиять на систему свертывания крови. Геморрагический синдром чаще всего наблюдается при использовании ацетилсалициловой кислоты, поскольку препарат ингибирует агрегацию тромбоцитов и обладает незначительными антикоагулянтными свойствами. Нужно помнить, что при совместном назначении НПВС и антитромботических средств риск кровотечений повышается. Проявление антиагрегантного действия связано с угнетением ЦОГ в тромбоцитах и нарушением образования тромбоксана А2, кроме того, происходит уменьшение образования простациклина. Селективная блокада (НПВС 2 поколения) продукции простациклина может привести к протромботическому состоянию. Селективные ингибиторы ЦОГ-2 (коксибы, немисил) создавались как более безопасная альтернатива традиционным НПВС с проявлением анальгетической, противовоспалительной эффективности и, что особенно важно, с более низкой частотой побочных гастроинтестинальных эффектов (возникновение их связано с ингибированием ЦОГ-1) [6,12]. В 2001 году опубликованы данные исследований VIGOR (Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research), которые выявили повышенный риск развития инфаркта миокарда при приеме рофекоксиба, в сентябре 2004 г. компания «MERCK» объявила об изъятии с фармацевтического рынка препарата Vioxx (рофекоксиб) в связи с повышенным риском инфаркта и инсульта [13,18]. В 2004 году FDA (США) включило в инструкцию к препарату Bextra (вальдекоксиб) предупреждение о том, что он противопоказан для применения в послеоперационном периоде после аортокоронарного шунтирования [8]. Кроме того, НПВС могут повышать АД подавляя простагландин зависимые регуляторные механизмы в сосудистом русле почек, что может проявляться в начале применения этих препаратов [16]. Исследование PEM (Prescription Event Monitoring), проведенное в Великобритании, показало, что риск сердечно-сосудистых осложнений был выше у больных, получавших целекоксиб или рофекоксиб, чем у больных, лечившихся менее селективным ингибитором ЦОГ-2 мелоксикамом [11,12]. Наибольший риск развития инфаркта миокарда был отмечен при назначении диклофенака и рофекоксиба, у последнего имелся четкий доза зависимый ответ. Для ибупрофена риск был небольшой, а применение напроксена ассоциировалось с небольшим снижением риска только у больных, не принимавших аспирин (кардиомагнил, тромбопол) и без клинически явного сосудистого поражения [1,9]. Применение НПВС у больных ИБС мо-



жет способствовать возникновению повторного инфаркта миокарда. Необходимо помнить, что использование ибупрофена для снятия болей может препятствовать благотворному действию аспирина, назначаемого при заболеваниях сердца. Ибупрофен может препятствовать антитромбоцитарному действию малых доз аспирина, что может сделать аспирин менее эффективным для кардиопротекции и предотвращения инсульта [6,10]. При сочетании этих препаратов необходимо учитывать, что редкое применение ибупрофена минимально влияет на антитромбоцитарный эффект малых доз аспирина [6].

Совет экспертов FDA рекомендовал, чтобы на упаковке “старых” НПВС было помещено предупреждение о том, что возможное побочное действие этих лекарств на сердечно-сосудистую систему, так как они не изучены в крупных клинических исследованиях [7,11].

При применении НПВС возможно поражение печени в различных формах (холангиолитический и паренхиматозный гепатит) и степени тяжести, от небольшого повышения уровня трансаминаз до тяжелого летального токсического гепатита. Наиболее часто встречаются поражения печени при применении фенилбутазона, особенно в больших дозах, индометацина и аспирина (в первую очередь у детей). При длительном лечении ревматоидного артрита для профилактики необратимых поражений печени рекомендуется исследовать в динамике уровень трансаминаз и щелочную фосфатазу.

Установлена причинно-следственная связь между приемом нимесулида и гепатотоксичностью (желтуха - 90%). У детей, получавших нимесулид как жаропонижающее средство, наблюдался гепатит с отрицательными вирусными маркерами. В Индии описаны случаи гепатотоксичности с летальным исходом. Этот препарат никогда не был зарегистрирован в США (в этой стране он был синтезирован), а также в Австралии, Канаде и большинстве стран Европы. Испания, Финляндия и Турция, зарегистрировавшие его ранее, отозвали лицензии. В Италии, Швейцарии, ряде других стран нимесулид применяется по строгим показаниям с 12 лет. Данный препарат часто отпускается без рецепта, что является небезопасным.

Парацетамол противопоказан при тяжелых заболеваниях печени, почек, органов кроветворения, при дефиците глюкозо-6-дегидрогеназы. Одновременное применение парацетамола с барбитуратами, противосудорожными препаратами, рифампицином, тетрациклинами, цефалоспоринами III поколения повышает риск развития гепатотоксического действия [6,22].

Ибупрофен противопоказан при обострении язвенной болезни желудка и 12–перстной кишки, аспириновой триаде, тяжелых нарушениях печени, почек, органов кроветворения, а также при заболеваниях зрительного нерва.

Клиническое применение анальгина должно быть резко ограничено или проводиться под тщательным клинико-лабораторным наблюдением ввиду большой частоты развития фатальной апластической анемии (или агранулоцитоза), молниеносных смертельных исходов, не связанных с аллергическими реакциями, необратимой анальгиновой нефропатии. Частота тяжелой апластической анемии при лечении фенилбутазоном (бутадион) составляет 1 на 10.000-20.000 пациентов. Среди побочных явлений, вызванных бутадионом, традиционно принято говорить о бутадионовых лейкопениях. Данное осложнение было одним из главных доводов против длительного амбулаторного приема пиразолоновых средств.

При применении пирозолонов (анальгин, бутадион) возможны различные поражения крови в виде разных форм анемии (гипохромная микроцитарная анемия, гемолитическая анемия, гипо- и апластическая анемии), лейкопении, тромбоцитопении, агранулоцитоза, что связано с продолжительностью их приема, поэтому их не рекомендуют применять длительно.

Выводы

1. В современной врачебной практике должны использоваться преимущественно те препараты, которые подтвердили свою клиническую эффективность и безопасность.

2. Применение НПВС должно проводиться строго по назначению врача с соблюдением дозировки.

3. Антипиретики не должны назначаться курсом – повторный прием жаропонижающего средства показан только при очередном подъеме температуры до уровня, требующего медикаментозной коррекции.

Литература

1. Бикбов Б. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов. Omnibusrebus. 2011.
2. Водовозов А. Мифы о лихорадке : [лекция] : [видео]. - Гиперион, 2019.
3. Водовозов А. Жар, боль, воспаление. зачем нужны НПВС, какие они бывают и как действуют. XX2 век (14 ноября 2019). Дата обращения: 18 ноября 2019. Архивировано 13 августа 2020 года.
4. Клиническая фармакология и фармакотерапия: учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. / под ред. В. Г. Кукеса, А. К. Стародубцева. - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012: 840.
5. Михайлов И.Б. Настольная книга врача по клинической фармакологии . С-Петербург:Изд-во Фолиант.2001:734.
6. Мухитдинова М.И., Хакбердиева Г.Э. Обеспечение безопасного применения НПВС. Наука и образование: проблемы и стратегии развития материалы III международной научно-практической конференции (Уфа, 15-16 ноября 2017 г.): 29-33
7. Cryer B., Li C., Simon L.S. et al. GI-REASONS: a novel 6-month, prospective, randomized, open-label, blinded endpoint (PROBE) trial. Am J Gastroenterol 2013;108(3):392—400.
8. Blower A., Brooks A., Fenn G.C. et al. Aliment. Parmacol. Ther. 1997; V.11: 283-291.
9. Bombardier C., Laine L., Reicin A. et al. N. Engl. J. Med., 2000;343:1520.
10. Sugano K., Kinoshita Y., Miwa H. et al. Safety and efficacy of long-term esomeprazole 20 mg in Japanese patients with a history of peptic ulcer receiving daily non-steroidal antiinflammatory drugs. BMC Gastroenterol 2013;13:54.
11. FDA. Public health advisory. Non-steroidal anti-inflammatory drug products(NSAIDS).
12. Available at http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/nsaids.htm. Accessed on January, 2, 2005.
13. FDA Statement on the halting of a clinical trial of the Cox-2 inhibitor Celebrex.http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01144.html.
14. Hernandez-Diaz S., Varas-Lorenzo C., Garcia Rodriguez L.A. Circulation, 2007; 119(26):278.
15. Hudson M., Baron M., Rahme E., Pilote L. J. Rheumatol., 2005; 32(8):1589.
16. Layton D., Heeley E., Hughes K. et al. Rheumatology (Oxford), 2003; 42:1342.
17. Layton D., Hughes K., Harris S. et al. Rheumatology (Oxford), 2003; 42:1354.
18. Malfertheiner P., Megraud F.,O'Morain C.A. et al. Management of Helicobacter pylori infection — the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Gut 2012;61(5):646—64.
19. Merck announces voluntary worldwide withdrawal of VIOXX.
20. Moore R.A. Rheumatology. 2002; V.41 (Suppl.1):7-15.
21. Singh G., Mital A., Triadafilopoulos G. Age - adjusted hospitalization rates for complicated gastric and duodenal ulcers in the US: have COX-2 inhibitors and PPIs made any difference. Digestive Disease Week. May 15-20, 2004, New Orlean.
22. Sowers J.R., White W.B., Pitt B. et al. Arch. Intern. Med., 2005;165:161.
23. Интернет-журнал''Коммерческая биотехнология'',44.

Muxitdinova M.I., Xakberdieva G.E, Azizova R.A.

NOSTEROID YALLIG'LANISHGA QARSHI DORI VOSITALARDAN SAMARALI VA XAVFSIZ FOYDALANISH

Kalit so'zlar: Yallig'lanish ga qarshi nosteroid dori vositalar , samarali terapiya, xavfsiz terapiya, dorilarning nojo'ya ta'siri, dorilarning o'zaro ta'siri, qarshi k o' rsatmalar, oshqozon shilliq qavatining yaralari, toksik ta'sirlar, shish, qon ketish.

Maqola farmakoterapiya samaradorligini oshirish va xavfsizligini ta'minlash uchun nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalarning haqida bilimlardan to'g'ri foydalanishga yordam beradi.

Mukhitdinova M.I., Khakberdieva G.E., Azizova R.A.

EFFECTIVE AND SAFE USE OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS

Key words: non-steroidal anti-inflammatory drugs, effective therapy, safe therapy, side effects of drugs, contraindications, drug interactions, ulcers of the gastric mucosa, toxic effects, edema, bleeding.

The article deals with the study effective and safe use NAID (non-steroidal and anti-inflammatory drugs at patients' treatment).The rational use NAID will help to guarantee the safety of pharmacotherapy.

Турдиев Ф.Э., Ортикбоева Ш.О., Умарова У.А., Бекимбетов К.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНО-ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Улучшение диагностики кистозно-полостных образований почек у детей путём применения комплекса ультразвуковых технологий.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении лучевой диагностики клиники ТашПМИ за период 2015-2021гг. и были включены 70 детей с полостными образованиями почек. Всем больным было проведено клинико-лабораторное и комплексное ультразвуковое исследование. Обследование пациентов начинали с ультразвукового исследования на современном аппарате «APLIO 500» (Япония) с использованием конвексного датчика 3,5-5,0 МГц.

Результаты. Для первичной и дифференциальной диагностики кистозно-полостных образований почек от доброкачественных и злокачественных новообразований необходимо сочетанное использование стандартных методик УЗИ (оценка толщины, контуров, структуры почки) с применением допплеровских методик, в т.ч. качественных (определение степени васкуляризации) и количественных (ультразвуковая денситометрия и оценка значений индексов периферического сосудистого сопротивления) параметров внутриопухолевого кровотока.

Кистозно-полостные поражения почки в настоящее время составляют 9,2%. Кистозно-полостные образования почек с момента своего возникновения и до первых клинических проявлений развиваются довольно скрытно и бессимптомно. Поэтому крайне необходима разработка оптимального дифференциально - диагностического алгоритма, который позволил бы в кратчайшие сроки верифицировать диагноз и выбрать оптимальную лечебную тактику.

Ультразвуковая диагностика является одним из методов выявления и в какой-то степени прогнозирования заболеваний почек у детей любого возраста. Распространение в практическом здравоохранении ультразвуковых аппаратов не только среднего, но и высокого класса, а также внедрение допплеровских технологий позволило поднять на качественно иной уровень диагностику заболеваний почек у детей.

Развитие современных ультразвуковых технологий сделало возможной раннюю диагностику многочисленных заболеваний почек, своевременное лечение которых способно предотвратить прогрессирование заболевания. Оценка функционального состояния почек при патологии имеет важнейшее диагностическое и прогностическое значение в выборе эффективных методов комплексного лечения. Одним из ведущих критериев оценки состояния всех органов является определение системного и органного кровотока. Особенно это касается деятельности почек. Для оценки гемодинамических показателей применяется метод допплерографии (определение скоростных и резистивных характеристик потока крови в сосудах), который имеет ряд преимуществ: неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки на пациента, высокую информативность и динамическое наблюдение за пациентом в ходе лечения.

Цель работы - улучшение диагностики кистозно-полостных образований почек у детей путём применения комплекса ультразвуковых технологий.

Материалы и методы

Исследование проводилось в отделении лучевой диагностики клиники ТашПМИ за период 2015-2021гг. и были включены 70 детей с полостными образованиями почек. Всем больным было проведено клинико-лабораторное и комплексное ультразвуковое исследование. Обследование пациентов начинали с ультразвукового исследования на современном аппарате «APLIO 500» (Япония) с использованием конвексного датчика 3,5-5,0 МГц.

На первом этапе исследования, изучали состояние органов брюшной полости, почек, и мочевого пузыря. Производили измерение размеров почек и выявленных кистозно-полостных образований в трех взаимно перпендикулярных проекциях, оценивали степень эхогенности и однородности структур.

С целью проведения оценки гемодинамических показателей использовали метод допплерографии (определение скоростных и резистивных характеристик потока крови в сосудах), который обладал рядом преимуществ: неинвазивностью, отсутствием лучевой на-

грузки на пациента, высокой информативностью и возможностью динамического наблюдения за пациентом в ходе лечения.

В дальнейшем использовали допплерометрию почечных сосудов, цветное и энергетическое доплеровское картирование. Особое внимание обращали на симметричность распределения, равномерность просвета и хода сосудов, наличие патологически извитой сети, очагов гиперваскуляризации, а также аваскулярных зон. Оценивали контуры и структуру образования, характер его кровоснабжения.

Результаты и обсуждение

В нашем исследовании определилось, из 70 (100%) обследованных детей с подозрением на кистозно-полостные образования почек в 36 (51,4%) случаев отмечался гидронефроз в 23 (31,4%) случаев отмечалось кистозное образование почек и в 11 (17,2%) случаев определился абсцесс почек. При изучении локализации кистозно-полостных образований почек, в нашем исследовании, определилось в 33 (48,4%) случаях наличие кистозно-полостного образования в правой почке, в 37 (51,6%) случаях в левой почке, таким образом, существенных различий в локализации кистозно-полостных образований в почках не отмечалось. Чаще отмечалось поражение среднего сегмента, в 34 (47,9%) случаев в сравнении с верхним сегментом в 16 (23,5%) случаев и нижнем сегменте в 20 (28,6%) случаев. Данное расхождение в локализации кистозно-полостного образования в сегментах возможно связанно с особенностями кровоснабжения сегментов почки.

Анализ размера кистозно-полостных образований в нашем исследовании показал, что с большей частотой, в 45,5% случаев, отмечались размеры от 41 до 70 мм. Что соответствовало и литературным данным. Более мелких размеров образовании протекали бессимптомно, что и затрудняла их раннюю диагностику. Учитывая распространения данной патологии в различных возрастных группах были дети как с врождённым гидронефрозом (0-12 мес в 1,4% 1-3 года в 28,5%), так и дети с приобретенным гидронефрозом.

При проведении цветового картирования (ЦДК) и импульсной допплерометрии почечных сосудов при гидронефрозе определялось сдавление паренхимы почки и прогрессивно расширяющаяся полостная система, которая приводила, прежде всего, к расстройству внутрипочечного кровообращения, при остро возникшей обструкции и соответствовала клиническим проявлениям в виде симптомокомплекса почечной колики.

У больных с обструкцией верхних мочевых путей отмечалось повышение IR междолевых артерий до 0,67±0,08, PI - до 1,05±0,34 по сравнению с нормативными показателями: IR 0, 60±0,03, PI 0,98±0,23. При этом толщина паренхимы была меньшей (14,29±5,9 мм), в отличии от нормы (20,71±3,72 мм).

В данном исследовании мы выделили две группы больных с обструктивными уропатиями: со средневыраженными и существенными гемодинамическими нарушениями. Чувствительность обнаружения обструкции по пороговому значению IR, равному 0,68, достигала 86%, в то время как специфичность была низкой - 50%. Допплерометрия почечной артерии была также применена для исключения нарушения оттока мочи после удаления стента.

В исследовании методом детерминационного анализа определены граничные значения допплерометрических признаков для диагностики обструктивных уропатий. К ним отнесены: толщина паренхимы в среднем сегменте <9 мм; IR>0,7; PI>1,2; разность Ved конечной диастолической скорости на пораженной и контралатеральной стороне >2 см/с; ускорение артериального потока в систолу A1>300 см/с 2 при IR>0,7.

Таким образом, IR>0,70 в артериальных сосудах почки в совокупности с данными его различия с IR сосудов противоположной почки является заслуживающим внимания признаком в диагностике обструктивных уропатий. В нашем исследовании у 16 (69,5%) исследованных детей отмечались солитарные кистозные образования, у 5 (21,7%) исследованных детей ретенционно-воспалительная киста и у 2 (8,8%) исследованных детей пролиферативно-неопластическая киста. Сочетание кистозных поражений почек с аномалиями развития мочевой системы выявлено у 3 (18,7%) пациентов. У 1 (6%) пациентов отмечено нагноение кист почек. Других осложнений, в виде разрыва кисты и кровоизлияния в кистозную полость в нашем исследовании не наблюдалось. Ретенционно-воспалительная киста развивалась в результате обструкции канальцевых и мочевых путей, а также воспаления, в том числе возникающего в период внутриутробной жизни.



Пролиферативно-неопластическая киста возникала как следствие избыточной пролиферации почечного эпителия (уротелия).

Простая киста почки встречалась в разных возрастных группах. Наибольшее количество лиц с данной патологией (22,4%) отмечались в возрастной категории от 3 лет до 14 лет, чаще солитарные кисты регистрировались у мальчиков, чем у девочек - соотношение от 3:2 до 2:1. Многие авторы называют солитарную кисту простой, подчеркивая тем самым ее особую морфологическую структуру основную характеристику этих кист - их доброкачественное течение.

Солитарные кисты локализировались преимущественно в левой почке 12(75,0%) и как правило, были одиночными. Двусторонний процесс и разное количество кист были обнаружены у 4 (25,0%) детей. Размер солитарных кист у детей, колебался от 0,5 до 14 см и в среднем составлял от 2 до 7 см и кисты нередко сочетались с другими пороками развития мочевых путей. При ультразвуковом исследовании в серошкальном режиме отмечали анэхогенное образование с нежной гиперэхогенной капсулой и дорсальным усилением.

В нашем исследовании у 3 из 16 детей с кистами почек выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс, у 2-клапан задней уретры, у 1 ребенка – множественные пороки мочевых путей (врожденный стеноз уретры и двусторонний мегауретер). От строения стенки зависели склонность кисты к запустеванию, возможность облитерации полости после пункции и склерозирущей терапии.

Наиболее частым осложнением, развивающимся у пациентов с простой кистой, являлась нагноение содержимого кистозной полости, реже встречались кровоизлияние в полость кисты и разрыв кисты.

УЗИ позволял определить положение кисты, взаимоотношение кисты с коллекторной системой почки и магистральными сосудами, структуру тканей, окружающих полости кисты, особенности кровотока. С достоверностью до 100% определялись кистозные полости до 0,5 см в диаметре. Чаще всего дифференцировали простую кисту почки с другими кистозными заболеваниями (поликистоз почек, мультилокулярная киста), а также дивертикулом чашечно-лоханочной системы.

Было установлено, что гемодинамика регионарного кровотока при полостных образованиях почки характеризовалась тенденцией к увеличению скоростных показателей почечной артерии и статистически достоверным снижением индекса периферического сопротивления в опухолевых сосудах.

Всем больным в целях дифференциальной и уточняющей диагностики выполнялась ультразвуковая ангиография с применением режима энергетического картирования с оценкой степени кровоснабжения почки в целом и отдельных её зон.

Важнейшими характеристиками новообразования почки являлись его размеры, состояние контуров, эхогенность и структура, а также степень и характер васкуляризации, которую, с целью получения наиболее полного и наглядного представления, оценивали в режиме кино-петли. В целях объективизации полученных данных мы использовали функцию вычисления гистограммы, которая позволяла точно, в величинах от 1 до 100 ед. характеризовать тканевую интенсивность выделенного объема эхографического изображения. Средние значения тканевой интенсивности паренхимы почки были определены нами, как 35±0,12 Ед.

Применение всего комплекса методик повышает чувствительность, специфичность и точность УЗИ в диагностике полостных образований почек на 39%, 12% и 35% соответственно по сравнению со стандартным исследованием в В-режиме.

Таким образом, для первичной и дифференциальной диагностики кистозно-полостных образований почек от доброкачественных и злокачественных новообразований необходимо сочетанное использование стандартных методик УЗИ (оценка толщины, контуров, структуры почки) с применением допплеровских методик, в т.ч. качественных (определение степени васкуляризации) и количественных (ультразвуковая денситометрия и оценка значений индексов периферического сосудистого сопротивления) параметров внутриопухолевого кровотока.

Применение всего комплекса методик повышает чувствительность, специфичность и точность УЗИ в диагностике кистозно-полостных образований почек на 39%, 12% и 35% соответственно по сравнению со стандартным исследованием в В-режиме.

Литература

1. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Кистозные болезни почек у детей (обзор литературы). Нефрология. 2012;16(3/2):34-47.
2. Арутюнян СС, Савенкова НД, Ларионова ВИ. Аутосомно-доминантный поликистоз почек у взрослых и детей. Нефрология 2010;14 (3):58-68
3. Бакстер М. Ультразвуковая диагностика мочевыделительной системы /пер.с англ. А.В.Зубарева. – М.: МЕДпресс-информ, 2006:114-229
4. Бергман К, Зеррес К. Кистозные заболевания почек / под ред. Э.Лойманна, АИ. Цыгина, АА.Саркисяна. Детская нефрология: Практическое руководство. Литтерра, М., 2010: 200-208
5. Growth Pattern of Kidney Cyst Number and Volume in Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease Kyongtae T. Bae et al., Clin J Am Soc Nephrol, 2019
6. Riccabona M, Ring E, Avni F. Imaging in renal agenesis, dysplasia, hypoplasia, and cystic diseases of the kidney. In: Riccabona M, editor. Pediatric urogenital radiology. Berlin: Springer; 2018. pp. 553–577. [Google Scholar]
7. Ultrasound Imaging of Renal Cysts in Children. Journal of ultrasound in medicine: official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine 40(3) DOI:10.1002/jum.15435. August 2020
8. Vester U, Kranz B, Hoyer PF. The diagnostic value of ultrasound in cystic kidney diseases. Pediatr Nephrol. 2010; 25:231–240.

Турдиев Ф.Э., Ортикбоева Ш.О., Умарова У.А., Бекимбетов К.Н.

БОЛАЛАРДА БУЙРАКЛАРНИНГ КИСТОЗ-БЎШЛИҚЛИ ХОСИЛАЛАРИНИ ТАШХИСЛАШДА КОМПЛЕКС ЭХОГРАФИЯДАН ФОЙДАЛАНИШ

Калит сўзлар: болалар, буйраклар, диагностика, эхография, кистоз-бўшлиқли хосилалар, допплерография.

Ҳозирги вақтда ултратовуш ташхисоти буйрак хосилаларини ташхислашда, беморларни динамик кузатувида, хамда игнали биопсиясини ўтказишда кенг қўлланилувчи ва клиник жиҳатдан намоён бўлмаган 3-5см дан кичик буйрак хосилаларини аниқлашга имкон беради. Усулнинг афзалликлари скрининг, ноинвазивлик, қарши кўрсатмаларнинг йўқлиги ва беморлар ушбу усулга яхши бардошлилигидадир.

Turdiev F.E., Ortikboeva Sh.O., Umarova U.A., Bekimbetov K.N.

THE USE OF COMPLEX ECHOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF CYSTIC CAVITIES OF THE KIDNEYS IN CHILDREN

Key words: children, kidneys, diagnosis, exography, cystic-cavity formations, dopplerography.

Ultrasound is currently widely used for the diagnosis of kidney neoplasms, dynamic monitoring of patients, needle biopsy. Currently, this is one of the most promising methods of diagnosing kidney tumors, which makes it possible to detect kidney neoplasms smaller than 3-5cm, which are not clinically manifested. The advantages of the method are screening, non-invasiveness, absence of contraindications, good patient tolerance.

Хаитбаева Ш.Х.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПАТИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТУРНИКЕТНОЙ ПРОБЫ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить диагностическую значимость ишемической пробы при нейропатии седалищного нерва у детей по данным невральной проводимости малоберцового нерва.

Материалы и методы. Проведены клинико-неврологическое и электронейромиографическое исследования у 32 детей 7-14 лет. Из них 17 детей с поражением седалищного нерва травматического генеза, средний возраст которых составил 10,47±0,65 лет (Me=10 лет). Мальчиков было 11 (64,7%), девочек 6 (35,3%). Критерием исключения был отказ родителей от исследования. Группу контроля составили 15 здоровых детей, не имеющих, каких либо острых и хронических заболеваний, которые могли бы повлиять на результаты ЭНМГ исследования. Средний возраст детей группы сравнения составил 10,13±0,59 лет (Me=10лет). Мальчиков было 9 (60%), девочек 6 (40%). Разница среднего возраста детей групп исследования была статистически незначимой.

Результаты. Степень выраженности периферического пареза у пациентов основной группы исследования согласно MRC шкале составил в среднем 1,82±0,81 балла. Поражение нерва имело аксональный характер, о чем свидетельствует статистически незначимое снижение СПИ относительно группы контроля (P=0,61), и значимое снижение М-ответа (P=0,000). У детей группы контроля средние показатели СПИ составили 50,47±0,44 м/сек, амплитуда дистального М-ответа с m.extensor digitorum brevis составил 3,22±0,087мВ, резидуальная латентность 1,93±0,02мс.

Все многообразие повседневной деятельности человека строится на основе произвольных движений. В выполнении произвольных движений участвует периферический мотонейрон и его мышечный аппарат. Повреждение какой-либо части может характеризоваться постоянным дефицитом функций [1].

Периферическая невропатия возникает как компонент нескольких распространенных и многих редких заболеваний. Он неоднороден по этиологии, разнообразен по патологии и разной степени тяжести. Термин периферическая невропатия включает симметричную полинейропатию, одиночную и множественную мононевропатию, а также радикулопатию.

В диагностике поражений периферических нервов важное значение имеет электронейромиография (ЭНМГ), которая позволяет на основании изучения основных показателей – СПИ и амплитуды М-ответа, определять уровень, степень и тип поражения периферического нерва. Но зачастую в остром периоде заболевания, особенно, на начальных стадиях вышеперечисленные показатели ничем не отличаются от нормативных, тем более что, сами нормативные показатели по данным различных авторов весьма вариабельны [7]. С целью определения имеет ли место поражение периферического нерва целесообразно применение функциональных проб [5]. В данном случае рекомендовано использование турникетной пробы, где на короткую ишемию оценивается реактивность исследуемого нерва, что проявляется изменением основных показателей электронейромиографии в той или иной степени.

Проведены исследования различными авторами с целью определения реабилитационного потенциала при инфекционных и метаболических полирадикулоневропатиях демиелинизирующего характера в зависимости от тяжести и периода заболевания с применением ишемических проб [2,3,4,9,10]. В литературе мы не сталкивались с исследованиями, посвященными определению реактивности пораженного нерва при мононевропатиях, и тем самым не проводился анализ прогностической значимости реактивности нерва в ответ на ишемию при аксональных повреждениях у детей.

Цель работы - изучить диагностическую значимость ишемической пробы при нейропатии седалищного нерва у детей по данным невральной проводимости малоберцового нерва.

Материалы и методы

Проведены клинико-неврологическое и электронейромиографическое исследования у 32 детей 7-14 лет. Из них 17 детей с поражением седалищного нерва травматического генеза, средний возраст которых составил 10,47±0,65 лет (Me=10 лет). Мальчиков было 11 (64,7%), девочек 6 (35,3%). Критерием исключения был отказ родителей от исследования.

Группу контроля составили 15 здоровых

детей, не имеющих, каких либо острых и хронических заболеваний, которые могли бы повлиять на результаты ЭНМГ исследования. Средний возраст детей группы сравнения составил 10,13±0,59 лет (Me=10лет). Мальчиков было 9 (60%), девочек 6 (40%). Разница среднего возраста детей групп исследования была статистически незначимой.

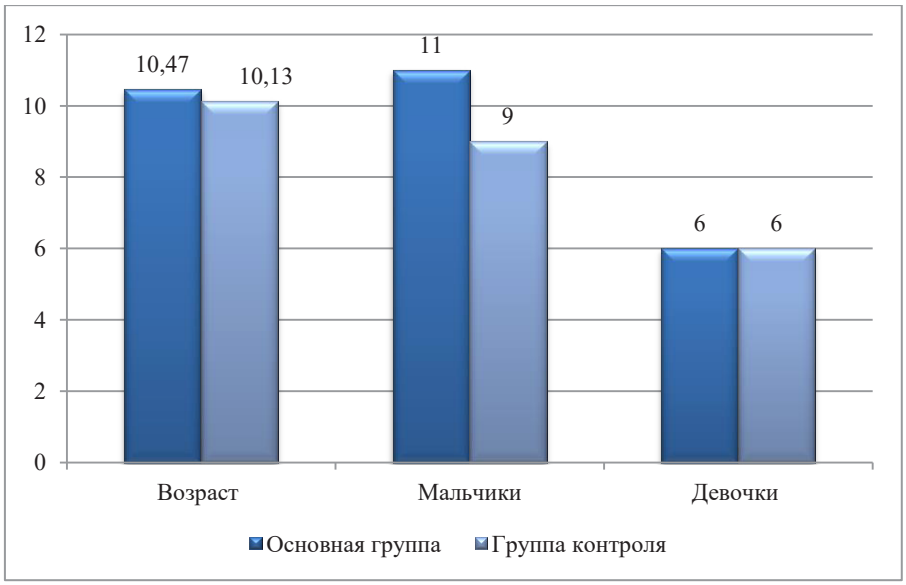


Рис.1. Гендерный состав и возраст детей групп исследования.

Объективная оценка двигательных нарушений проводилась согласно модифицированной MRC шкале. Проведен анализ СПИ и М-ответа с малоберцового нерва в ответ на кратковременную ишемию седалищного нерва на уровне верхней трети голени путем наложения манжеты тонометра шириной 7 см длительностью на 10 минут, давление в манжете создавалось на 20-30 мм.рт.ст. выше систолического давления. ЭНМГ проводилась на электронейромиографе «Нейрон-Спектр-микро» фирмы «Нейрософт» (Россия). Проводилась супрамаксимальная стимуляция малоберцового нерва дистальнее и проксимальнее наложенной манжеты. М-ответ записывался с короткой мышцы разгибателя пальцев. Нами изучены показатели СПИ и М-ответа на 5-й, 10-й минуте компрессии.

У каждого родителя было взято информированное согласие на исследование. Статистический анализ проведен с использованием пакета программ SPSS 22 for IBM, и Excel 2008 Microsoft office. Рассчитаны средние показатели (M), медиана (Me) и квадратичное отклонение ошибки среднего (m), различие средних показателей (t). Различие значимо при уровне P<0,05. Анализ прогностической значимости ЭНМГ-параметров проводили при помощи ROC-анализа, оценивали величину AUC, специфичность и чувствительность метода.

Результаты и обсуждение

Степень выраженности периферического пареза у пациентов основной группы исследования согласно MRC шкале составила в среднем 1,82±0,81 балла. Поражение нерва имело аксональный характер, о чем свидетельствует статистически незначимое снижение СПИ относительно группы контроля (P=0,61), и значимое снижение М-ответа (P=0,000).

У детей группы контроля средние показатели СПИ составили 50,47±0,44 м/сек, амплитуда дистального М-ответа с m.extensor digitorum brevis составил 3,22±0,087мВ, резидуальная латентность 1,93±0,02мс.

Таблица 1

Нейрофизиологические показатели групп исследования

	I группа (основная) (n=17)	II группа (контрольная) (n=15)	P
MRC, балл	1,82±0,81	5±0,00	0,000
СПИ, м/сек	52,4±3,49	50,47±0,44	0,61
М-ответ, мВ	0,73±0,21	3,22±0,087	0,000
РЛ, мс	2,77±0,45	1,93±0,02	0,076
Проксимально-дистальный индекс	0,41±0,27	1,03±0,024	0,035

У детей основной группы средние показатели СПИ составили 52,4±3,49м/сек – статистически незначимое различие между относительно группы контроля (P=0,61), амплитуда дистального М-ответа с m.extensor digitorum brevis составила 0,73±0,21мВ (P=0,000), и резидуальная латентность 2,77±0,45мс (P=0,076). Следует отметить, у 7 (46,6%) пациентов основной группы изначально СПИ была выше нормативных значений. Проксимально-дистальный коэффициент составил в основной группе 0,41±0,27 и в группе контроля 1,03±0,024 (P=0,035) (табл.1).

При проведении турникетной пробы в группе контроля наблюдали снижение СПИ – реактивность проведения импульса (РПИ) на 6,28±0,33% на 5-й минуте и на 8,82±0,21% на 10-й минуте, что соответствует данным литературы [2,3,4] (табл. 2). Согласно результатам экспериментальных исследований недлительная ишемия периферического нерва под давлением до 250мм.рт.ст. вызывает только функциональный блок, при этом демиелинизирующих поражений в нерве не наблюдается [12].

Таблица 2

Средние значения ЭНМГ показателей групп исследования и достоверность различий в группах исследования

	I группа (n=17)	II группа (n=15)	P
СПИ, м/сек	52,4±3,49	50,47±0,44	0,61
СПИ на 5-й минуте пробы, м/сек	51,24±3,44	47,29±0,4	0,29
СПИ на 10-й минуте пробы, м/сек	50,5±3,43	46±0,39	0,23
РПИ на 5-й минуте, %	2,299±0,256	6,28±0,33	0,000
РПИ на 10-й минуте, %	3,74±0,29	8,82±0,21	0,000

В основной группе турникетная проба показала повышенную резистентность к ишемии пораженного нерва, что проявлялось, менее выраженным снижением СПИ относительно первоначальных цифр. Так, на 5-й минуте СПИ показала 51,24±3,44м/сек, на 10-й минуте 50,5±3,43м/сек. То есть СПИ снизилась на 5-й минуте на 2,29±0,256% от первоначальных величин, а на 10-й минуте 3,74±0,29% (P<0,001) относительно показателей на 5-й минуте (табл.3).

Таблица 3

Разность средних показателей и достоверность СПИ и РПИ в группах исследования

Группы	СПИ до - СПИ на 5-й минуте пробы, м/сек	СПИ до - СПИ на 10-й минуте пробы, м/сек	СПИ на 5-й и 10-й минуте пробы, м/сек	РПИ на 5-й и 10-й минуте, %
I группа (n=17)	1,16±0,13	1,88±0,17	0,72±0,13	-1,44±0,24***
II группа (n=15)	6,11±0,17	7,3±0,12*	1,19±0,19	-1,19±0,39**

Примечание: различие средних в группах достоверны *-P<0,05; **-P<0,02; ***-P<0,001.

Аналогичные результаты получены у исследователей при проведении турникетной пробы у детей полирадикулоневропатиями демиелинизирующего характера, то есть реактивность нерва на ишемию у больных перенесших данное заболевание реактивность локтевого нерва снижена относительно группы здоровых детей, что статистически выражено на 10-й минуте [6,7]. Это объясняется хроническим нарушением кровообращения в периферических сосудах, и метаболических изменениями в миелиновой оболочке пораженного нерва [8,9,10], но не исключается возможность влияния других механизмов, связанных с нарушением K^+ и Na^+ насосов [11].

Анализ зависимости тяжести двигательной активности согласно шкале MRC и основных показателей ЭНМГ показало положительную корреляцию в основной группе между вышеназванной шкалой и начальной СПИ (r=0,631; P=0,007), а также СПИ на 5-й минуте (r=0,629; P=0,007) и СПИ на 10-й минуте (r=0,630; P=0,007).

Площадь под ROC-кривой (AUC), соответствующей взаимосвязи тяжести согласно шкале MRC и СПИ на 10-й минуте пробы, составила 0,710±0,09 с 95% ДИ: 0,517-0,903. Полученная модель была статистически значима (P=0,043). Пороговое значение СПИ на 10-й минуте в точке cut-off равно 47,3 м/сек, специфичность метода – 80% и чувствительность - 58,8% (табл.4).

Таблица 4

Результаты ROC-анализа в основной группе относительно показателей группы контроля

Переменные результата проверки	AUC	P	P при 95% доверительном интервале	
			Нижняя граница	Верхняя граница
СПИ до	0,547±0,11	0,650	0,329	0,765
СПИ проба на 5-й минуте	0,667±0,1	0,109	0,470	0,864
СПИ проба на 10-й минуте	0,710±0,09	0,043	0,517	0,903
РЛ	0,647±0,11	0,16	0,420	0,874
Проксимально-дистальный индекс	0,243±0,095	0,013	0,058	0,428

Показатели РЛ (резидуальной латентности) и проксимально-дистального индекса имели неудовлетворительные показатели AUC.

Выводы

1. У детей без поражения периферических нервов в контрольной группе ишемический тест (турникетная проба) показывает снижение СПИ как на 5-й (P<0,05), так и на 10-й минуте теста (P<0,002).
2. При невропатии седалищного нерва аксонального характера в основной группе реактивность проведения импульса (РПИ) по моторным волокнам малоберцового нерва достоверно ниже относительно группы контроля как на 5-й минуте (P=0,000), так и на 10-й минуте турникетной пробы (P=0,000). При этом тяжесть периферического пареза коррелирует с показателями СПИ (P=0,007).

Литература

1. Живолупов С.А., Рашидов Н.А., Самарцев И.Н., Яковлев Е.В. Современные представления о регенерации нервных волокон при травмах периферической нервной системы/ Вестник российской военно-медицинской академии. 3(43) – 2013. –С.190-198.
2. Климкин А.В., Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В. Невральная проводимость при турникетной пробе. Морская медицина. 2017;3(1):25-33.
3. Климкин А.В., Команцев В.Н., Скрипченко Н.В., Войтенков В.Б. Локальная ишемия нерва в оценке невральной моторной проводимости у детей. Современные проблемы науки и образования. 2013.
4. Особенности клинико-диагностических проявлений у детей с острой полинейропатией. Гайбиев А.А., Джурабекова А.Т., Шомуродова Д.С./ Re-health journal №2. 2 (6), 2020:63-67.
5. Патогенез и новая стратегия в коррекции нарушений невральной проводимости при компрессионно-ишемических невропатиях (клиническое и экспериментальное исследование). С.А. Живолупов, Е.Ю. Шапкова, И.Н. Самарцев и др. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010;110(8):41-50.
6. Ehler E., Ridzoň P., Urban P. Ulnar nerve at the elbow – normative nerve conduction study. J. Brachial Plex. Peripher. Nerve Inj. 2013;118(1):2.
7. Garg R., Bansal N., Kaur H. Nerve conduction studies in the upper limb in the malwa region-normative data J. Clin. Diagn. Res. 2013;7(2):201–204.
8. Hofmeijer J., Franssen H., van Schelven L. J. Why are sensory axons more vulnerable for ischemia than motor axons? PLoS One. 2013.— Jun 20; vol. 8(6).— e67113.
9. Krishnan A.V., Phoon R. K., Pussell B. A.Ischaemia induces paradoxical changes in axonal excitability in end-stage kidney disease. Brain. 2006;129(6):1585–1592.
10. Mittal P., Shenoy S., Sandhu J. S.Effect of different cuff widths on the motor nerve conduction of the median nerve: an experimental study. J. Orthop. Surg. Res. 2008;9(3):1.
11. Preston D. C., Shapiro B. E.Electromyography and neuromuscular disorders. London: Saunders, 2013:664.
12. Yates S. K. The pathogenesis of pneumatic tourniquet paralysis in man. Yates S. K., Hurst L. N., Brown W. F. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1981;44(9):759-67.

Хаитбаева Ш.Х.

ТУРНИКЕТ СИНАМАСИ ЁРДАМИДА БОЛАЛАРДА ҚУЙМИЧ НЕРВИ НЕЙРОПАТИЯСИНИНГ НЕЙРОФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Калит сўзлар: қуймич нерви нейропатияси, электронейромиография, турникет синамаси

Кичик болдир нерви неврал ўтказувчанлиги кўрсаткичлари бўйича болаларда қуймич нерви нейропатиясида ишемик синаманинг диагностик аҳамиятини ўрганиш мақсадида электронейромиография ўтказилди. 15нафар соғлом ва 17 нафар қуймич нерви нейропатияси қайд этилган болада кичик болдир мотор толалари бўйлаб импульс ўтказувчанлик тезлиги(ИЎТ) ўрганилди, кўрсаткичлар турникет синамасидан олдин ва синаманинг 5- ҳамда 10-дақиқаларида қайд этилди. Тадқиқот натижалари соғлом болаларда ИЎТнинг 5-дақиқада(6,28±0,33%) ва 10-дақиқада (8,82±0,21%) ишончли пасайганини, қуймич нерви нейропатияси қайд этилган болаларда дастлабки натижаларга нисбатан 10-дақиқада (3,74±0,29%) пасайганлигини кўрсатди(P=0,000). Бунда периферик нерв оғирлиги MRC шкаласи бўйича кичик болдир нервига оид тезлик кўрсаткичларига 5-дақиқада(r=0,629; P=0,007) ва ИЎТ 10-дақиқада (r=0,630; P=0,007) тўғридан тўғри боғлиқ бўлди.

Khaitbayeva Sh.Kh.

NEUROPHYSIOLOGICAL FEATURES OF SCIACIC NEUROPATHY AT CHILDREN WITH USE TURNIQUET TEST

Key words: neuropathy of sciatic nerve, electroneuromyography, tourniquet test

The article deals with the study diagnostic significance of ischemic test for sciatic neuropathy at children according to neural conduction of fibular nerve. PCV(pulse conduction velocity) was studied on the motor fibers of the peroneal nerve in 15 healthy and 17 children with sciatic nerve neuropathy, which was recorded before and at the 5th and 10th minute of the tourniquet

test. These studies showed a significant decrease in PCV at the 5th (6.28±0.33%) and 10th minute (8.82±0.21%) in healthy children and at the 10th minute (3.74±0.29%) in patients with sciatic nerve neuropathy relative to baseline values (P=0.000). At the same time, the severity of the peripheral nerve according to the MRC scale directly correlated with the speed indices of fibular nerve at the 5th minute (r=0.629; P=0.007) and PCV at the 10th minute (r=0.630; P=0.007).

Искандарова Ж.М., Шарипова П.К.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить гендерные особенности аффективной сферы у женщин и мужчин с параноидной шизофренией для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 женщин и 48 мужчин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), а для определения уровня тревожности — опросник тревожности Спилбергера–Ханина.

Результаты. Из 78 обследованных больных у 58% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 42% обследованных — параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. Инициальный этап параноидной шизофрении приходился на период дебюта заболевания в возрасте 30–35 лет отличался средне-прогридиентным течением с постепенным формированием дефекта в эмоционально-волевой сфере и снижением энергетического потенциала личности

В данной статье рассматривается проблема эмоциональных расстройств у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных различий. Изучение аффективной патологии у обследованных 30 женщин и 48 мужчин с параноидной шизофренией с применением шкалы депрессии и тревоги Гамильтона и опросника тревожности Спилбергера-Ханина позволило выявить структуру эмоциональных расстройств и оптимизировать психосоциокоррекционную тактику у данной категории пациентов с учётом гендерных особенностей.

Проблемы исследования эмоциональных изменений у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей вызвана трудностью диагностики данной патологии, фармакорезистентностью депрессивной симптоматики, проблемами социального функционирования и психосоциореабилитации больных [1,3,10]. В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления аффективной патологии при психических расстройствах эндогенного генеза у женщин и мужчин, однако качественных различий в формировании эмоциональных симптомокомплексов не выявлено [4,5,7]. В существенно меньшей степени представлены данные по гендерным особенностям структуры аффективной патологии и социально-психического функционирования больных, роли адаптационного потенциала личности [2,6,8,9].

Цель работы - изучить гендерные особенности аффективной сферы у женщин и мужчин с параноидной шизофренией для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы

В исследование были включены 30 женщин и 48 мужчин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), а для определения уровня тревожности — опросник тревожности Спилбергера–Ханина.

Результаты и обсуждение

Из 78 обследованных больных у 58% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 42% обследованных — параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. Инициальный этап параноидной шизофрении приходился на период дебюта заболевания в возрасте 30–35 лет отличался средне-прогри-



диентным течением с постепенным формированием дефекта в эмоционально-волевой сфере и снижением энергетического потенциала личности. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести — у 55% обследованных; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых — без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов — констатировалась выраженная тревога. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мужчин депрессия легкой степени была выявлена в 68% случаев и в 31% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у женщин депрессия средней степени тяжести встречалась чаще — в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных.

Клинические проявления эмоциональной сферы у мужчин отличались большей представленностью дисфорических состояний с включениями гипоманиакальной симптоматики гневливого характера. Гендерные особенности аффективных нарушений у женщин преимущественно были представлены депрессивной симптоматикой тяжелой степени клинических проявлений со склонностью к суицидальным тенденциям и формированию идей самообвинения и самоуничижения. Структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациентов зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. Пациентки стремились к перфекционизму, предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к формированию чувства вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Так же была выявлена 8такая черта характера, как склонность к патологическому фантазированию и мечтательности (демонстрация большего благополучия, чем это есть на самом деле), которая, в свою очередь, обусловливала завышенную самооценку. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Исследование депрессивной симптоматики с учётом ведущего клинического симптома выявило преобладание тревожных депрессий у женщин, а у мужчин преимущественно встречались дисфорические и астено-апатические депрессии с ипохондрическими включениями. Изменения в эмоциональной сфере способствовало формированию значительных затруднений у больных в процессах адаптации в условиях быстро меняющегося социума, нарушению адаптационного потенциала личности, утраты прежних связей, трудности в межличностных взаимоотношениях. Следует отметить, что у мужчин статистически значимо преобладала социально- психологическая дезадаптация в ппрофессиональной деятельности и в трудовом аспекте, а у женщин достоверно чаще регистрировались значительные затруднения в установлении межличностных взаимоотношений в семейно-бытовой сфере.

Выводы

Таким образом, установлено, что в клинических проявлениях параноидной шизофрении женщины страдают аффективной патологией в 2 раза чаще, чем мужчины, более склонны к депрессивным состояниям средней тяжести, уровень тревоги у них очень высокий; у мужчин патология эмоциональной сферы характеризуется депрессивно-дисфорическими состояниями с преобладанием дистимических и апатических включений, а также гипоманиакальных синдромов. Анализ нарушений социально-психологического функционирования больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей, определил преобладание снижение адаптационных возможностей в профессионально-трудовой деятельности у мужчин, а у женщин — в ми-



кросоциальной среде семейно-бытовых отношений. Полученные результаты исследования способствуют раннему выявлению патологии эмоциональной сферы у больных параноидной шизофренией и профилактике социально психологической дезадаптации личности.

Литература

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе. Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. СПб. Иваново, 2000:199–204.
2. Алимов У.Х., Харабара Г.И. Современные аспекты депрессии. Организация и управление здравоохранением. Ташкент, 2017;82(4):41–53.
3. Антохин Е.Ю. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии. Социальная и клиническая психиатрия. 2010;2:52–60.
4. Бабарахимова С.Б., Шаханская О.В., Искандарова Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни. Сборники конференций НИЦ Социосфера 2013;21:109–112.
5. Бабарахимова С.Б. Диагностика депрессивных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей. Антология российской психотерапии психологии, 2017:129.
6. Нурходжаев С.Н., Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Клинические аспекты фармако-резистентных депрессий. Сборник докладов VI Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста»/ред. кол.: Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, Е.В. Филиппов, И.А. Федотов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Рязань, 2020:82–85.
7. Шамсиев Э.С., Турсунходжаева Л.А. Психотерапия//Руководства для врачей. Ташкент, 2011:928.
8. Шатайло Н.А. О психологических факторах снижения риска суицидального поведения пациентов с депрессивными расстройствами (К теме клинического разбора «Циркулярная шизофрения или шубообразная шизофрения?»)//Независимый психиатрический журнал. М., 2013;2:40–42.
9. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states//Danish Scientific Journal. 2020.VOL 3, No 5 pp. 24–27
10. Stassen H., Anghelescu I.G., Angst J. Predicting response to psychopharmacological treatment: survey of recent results//Pharmacopsychiatry. — 2011 Sep; 44 (6):263–72.

Искандарова Ж.М., Шарипова П.К.

ПАРАНОИД ШИЗОФРЕНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА АФФЕКТИВ БУЗУЛИШЛАРНИНГ ГЕНДЕР ХУСУСИЯТЛАРИ

Калит сўзлар: эмоционал бузилишлар; гендер хусусиятлари; параноид шизофрения.

Ушбу мақолада параноид шизофрения билан оғриган беморларда гендер фарқларини ҳисобга олган ҳолда эмоционал бузилишлар муаммоси кўриб чиқилади. Гамилтон депрессия ва хавотирлик шкаласи ва Спилбергер-Ҳанин хавотирлик анкетаси ёрдамида текширилган параноид шизофрения билан оғриган 30 нафар аёл ва 48 нафар эркакнинг аффектив патологиясини ўрганиш ушбу тоифадаги беморларда гендер хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда эмоционал бузилишларнинг тузилишини аниқлаш ва психосоциокоррекциялаш тактикасини оптималлаштириш имконини берди.

Iskandarova J.M., Sharipova P.K.

GENDER FEATURES OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Key words: emotional disorders; gender features; paranoid schizophrenia.

This article studies the problem of emotional disorders in patients with paranoid schizophrenia, taking into account gender differences. According the study of affective pathology was examined 30 women and 48 men with paranoid schizophrenia using the Hamilton depression and anxiety scale and the Spielberger-Hanin anxiety questionnaire made it possible to identify the structure of emotional disorders and optimize psychosocial corrective tactics in this category of patients, taking into gender characteristics.

Халикулов Э.Ш., Шоюнусов С.И.

НЕЙРОСОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ НАВИГАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОГОУРОВНЕВОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Высокая частота перинатальных поражений центральной нервной системы гипоксического генеза, тяжесть неврологических последствий, трудность топической диагностики свидетельствуют о сохраняющейся актуальности ранней диагностики и лечения перинатальных церебральных повреждений. Поскольку неврологическая симптоматика не всегда отражает характер и степень тяжести поражения, в клиническую практику были внедрены КТ, МРТ и др. методы исследования, которые открыли новые возможности в диагностике поражений головного мозга. В структуре перинатальных поражений значительное место занимают арахноидальные кисты головного мозга, сочетанные с гидроцефалией. Арахноидальные кисты головного мозга у детей впервые были описаны Barlow A. в 1935 г [1]. С развитием методов хирургического вмешательства были разработаны и интраоперационные методы диагностики. В настоящее время ориентация в операционной ране, точность и радикальность хирургии во многом зависят от применения навигационных систем. Современные навигационные системы имеют недостатки в виде дороговизны, увеличения срока хирургического вмешательства и т.д. Нейросонография на сегодня является неинвазивным и простым методом исследования патологии головного мозга. Данный метод исследования может применятся интраоперационно [2,3,4].

В данной статье нами представлен пример интраоперационного применения нейросонографии как альтернатива дорогостоящим и сложным системам нейронавигации при хирургическом вмешательстве. Описанный нами случай иллюстрирует диагностическую ценность нейросонографии при нейрохирургическом лечении ребенка грудного возраста с гидроцефалией и арахноидальной кистой.

Материалы и методы

Ребенок 9 месяцев, поступил к нам с жалобами со слов матери на увеличение размеров головы, беспокойство и капризность ребенка, запрокидывание головы. Ребенок болеет с рождения. В 3-х месячном возрасте произведено наружное вентрикулярное дренирование. Состояние после первичной операции с некоторым улучшением. За месяц до обращения к нам возникли вышеуказанные жалобы.

Из анамнеза известно, что ребенок 1-й от 1-й беременности, роды преждевременные на 35-36 неделе беременности через естественные родовые пути. Со слов матери в период беременности перенесла респираторное заболевание. При поступлении 09.09.2022 г. пациент обследован, соматический статус относительно удовлетворительный. Дыхательные, гемодинамические и другие витальные функции компенсированы. На рентгенографии грудной клетки и эхокардиографии патологии не обнаружено.

В неврологическом статусе отмечается положительный симптом Грефе. Тонус конечностей повышен. Окружность головы 49 см, большой родничок увеличен в размерах, крайне напряжен, пульсацию мозга передает вяло, отмечается расхождение коронарного шва. По данным МСКТ исследования определяется многоуровневая обструктивная гидроцефалия с расширением желудочковой системы, наличием арахноидальной кисты со сдавлением ликворных путей.

Пациенту 13.09.2022 г. произведена кистовентрикулоперитонеостомия клапанным шунтом в точке Кохера по стандартной методике под нейросонографическим контролем. Вентрикулярный катетер установили в кисту и правый боковой желудочек (Рис.1).

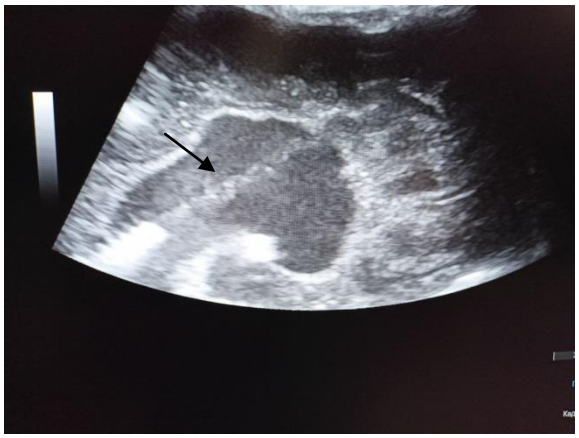


Рис. 1. Интраоперационная нейросонограмма. Положение проксимального катетера шунтирующей системы указано стрелкой.

В послеоперационном периоде состояние пациента на 1-е сутки относительно удовлетворительное. Большой родничок западает. На 5-е сутки после операции большой родничок пульсацию мозга передает четко, симптом Грефе регрессировал. Состояние проксимального конца шунтирующей системы в ликворной системе удовлетворительное (Рис.2).

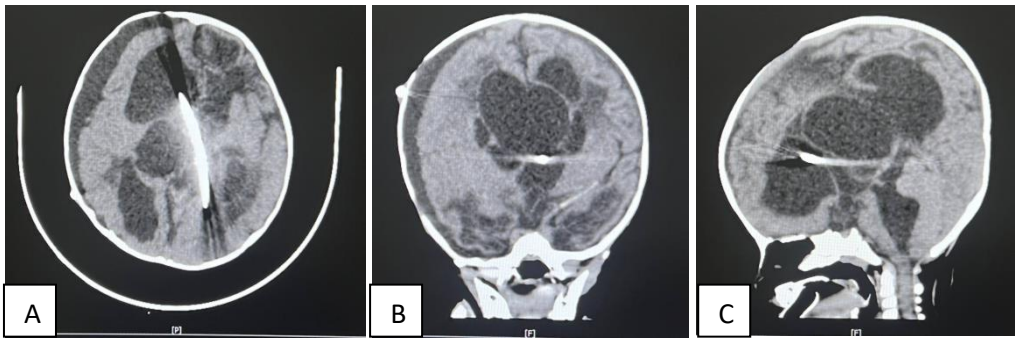


Рис. 2. МСКТ головного мозга. Положение центрального катетера шунтирующей системы в аксиальной (A), фронтальной (B), и саггительной (C) срезах.

На 10-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии, рана зажила первично, гипертензионная симптоматика регрессировала.

Результаты и обсуждение

До внедрения в практику таких современных методов исследования как КТ, МРТ и др. для диагностики гидроцефалии применялись пневмоцефалия, ангиография, краниография [5,6,7,8]. Представленные диагностические исследования позволяют диагностировать кисту, её расположение и размеры, содержимое кист, размеры желудочков и т.д. Нейросонография в клинической детской практике нашла широкое применение. Применяется как скрининговый метод диагностики патологии детского возраста, так и гидроцефалия. При проведении пункционно-аспирационных методов лечения кистозных полостей головного мозга, интраоперационно применяются достаточно широко. Проведение стандартной вентрикулоперитонеостомии при гидроцефалии нередко завершается мальпозицией проксимального катетера и обструкцией шунта. Наличие кисты усугубляет ситуацию с лечением гидроцефалии. Предложенные способы дренирования, в виде вентрикулокистостоми, кистоперитонеостомии или кистовентрикулоперитонеостомии с учётом относительной простоты и эффективности, приобрели широкое распространение [9,10,11].

В представленном наблюдении с учётом всей клинико-неврологической ситуации и интракраниальных факторов нами выполнена кистовентрикулоперитонеостомия под интраоперационным нейросонографическим контролем. Повреждение близлежащих структур сведено к минимуму, а расположение катетеров оказалось удовлетворительным, благодаря интраоперационному нейросонографическому контролю.

Хотя КТ и МРТ исследования являются

наиболее информативным, и применение их интраоперационно, является невозможным по техническим причинам в связи со статическим изображением данных. Нейросонографическое иследование позволяет визуализировать структуры в режиме реального времени как при диагностике, так и интраоперационно.

Таким образом, нейросонография является информативным, простым в интраоперационном применении методом визуализации при лечении гидроцефалии, сочетающейся с кистозными участками. Данный метод является неинвазивным, позволяет визуализировать движение инструментов и расположение структур головного мозга. Это позволяет сократить время операции, обеспечить максимальную точность проведения мини инвазивных операций.

Литература

1. Fewel ME, Levy ML, McComb G. Surgical treatment of 95 children with 102 intracranial arachnoid cysts. Pediatr Neurosurg. 1996;25:165–73.
2. Afshrift M., Jeannin P. et al. Ventricular taps in the neonate under ultrasonic quidane. J. Neurosurg. 1983;59:1100-1101;
3. Knake J.E. et al. Amer. J. Nucl. Radiol. 1983;4:672-674;
4. Sherman C., Stein M.O. Neurosurgery. 1981;8:647-651.
5. Ватолин К.В. Ультразвуковая дтагностика заболеваний головного мозга у детей. М. Видар. 1995 г. 120 с.;
6. Николаев А.Г., Сарибекян А.С. Ультразвуковое сканирование головного мозга в послеоперационном периоде у больных с острой нейрохирургической патологией. Вопр. Нейрохирургии. 1998.
7. Румянцев Б.В., Дюсембеков Е.К. Нейросонография в хирургическом лечении поликистозной энцефалопатии у детей /Вопр. Нейрохирургии, 1998, №1, С. 19-21;
8. Румянцев Б.В. Нейросонография в диагностике патологии центральной нервной системы у детей.: Автореф. Дис. Канд. мед. Наук. – М., 1995 -14 с.
9. Hoffman H.J., Hendrick E.B., Humphreys R.P. et al. Investigation and man agement of suprasellar arachnoid cysts. J. Neurosurg. 1982;57:597-602;
10. Pierre-Kahn A. et al. Preseutation and man agement of suprasellar arachnoid cysts. J.Neurosurg. 1990;73:355-359.;
11. Stein S.C. Intracranial development cysts in children: treatment by cystoperitoneal shunting Neusurgery. 1981;8:647-650.

Халикулов Э.Ш., Шоюнусов С.И.

МУРАККАБ ГИДРОЦЕФАЛИЯЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШДА НЕЙРОСОНОГРАФИК НАЗОРАТНИ ҚЎЛЛАШ

Калит сўзлар: гидроцефалия, нейросонография, вентрикулоперитонеостомия

Келтирилган клиник мисол бош мия гидроцефалияси ва арахноидал кистасини жарроҳлик усулида даволашга бағишланган. Болага шунтловчи тизим нейросонографик назорат остида ўрнатилган. Жарроҳлик муолажаси давомида нейросонографик назоратни қўллаш солиштирма танқидий тарзда ўрганилган. Мазкур усулни операция вақтида қўллаш имкони асослаб берилади. Жарроҳлик муолажаси шу йўл билан қўлланиладиган мураккаб навигацион тизимлар билан бажаришга қараганда енгил кечади.

Khalikulov E.Sh., Shoyunusov S.I.

NEUROSONOGRAPHY AS A METHOD OF INTRAOPERATIVE NAVIGATION IN THE TREATMENT OF MULTILEVEL HYDROCEPHALIA

Keywords: Hydrocephalus, neurosonography, ventriculoperitoneostomy

The described clinical case is devoted to the surgical treatment of hydrocephalus and arachnoid cyst of the brain. A shunt system was installed for the child under neurosonographic control. A critical assessment of the method of intraoperative application of neurosonographic control in a comparative aspect is given. The possibility of substantiating the use of this technique intraoperatively is presented. This greatly simplifies surgical treatment compared to the use of complex navigation systems.

Миннулин И.П., Мирварисова Л.Т., Акбарова Д.С., Рустамова Ж.Т., Мирворисова З.Ш., Асатова Н.Б.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТИРОВАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Группа Реализации Проекта Всемирного Банка «Совершенствование служб ЭМП»
Ташкентская медицинская академия
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Цель исследования. В целях совершенствования системы оказания экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан вопросы ее доступности и качества, а также ресурсы, технология и результаты функционирования системы должны быть рассмотрены и анализированы с учетом мнения руководителей медицинских организаций, медицинских работников, оказывающих экстренную и скорую медицинскую помощь, а также удовлетворённости пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 руководителей учреждений экстренной медицинской помощи и 120 сотрудников выездных бригад скорой медицинской помощи из всех областей Республики Узбекистан. Использованы статистический и аналитический методы. Для выполнения задач исследования были разработаны анкеты для опроса руководителей, сотрудников и пациентов службы экстренной медицинской помощи, отражающие вопросы доступности и качества скорой медицинской помощи, ресурсы, технологию и результаты ее оказания. Использованы статистические и аналитические методы, метод организационного эксперимента. На каждом этапе материалы и методы исследования имели свои особенности, которые описаны в соответствующем разделе работы.

Результаты. Изучены мнения руководителей медицинских организаций, оказывающих экстренную медицинскую помощь, а также мнения сотрудников выездных бригад скорой медицинской помощи о системе оказания качества медицинской помощи в Республике Узбекистан. Полученные данные позволяют отметить более позитивную оценку состояния экстренной медицинской помощи со стороны руководителей с недооценкой условий работы выездных бригад – значительных объемов непрофильной работы и высокой плотности населения на территории обслуживания, а также психо-эмоциальных факторов работы коллектива - выраженности фактора «профессионального выгорания», проблем этики (деонтологии) в коллективе и при работе с населением.

С 1998 года в Узбекистане экстренная медицинская помощь, являлась неотъемлемой и основополагающей частью всей системы здравоохранения и была представлена системой с четкой вертикалью управления на трех уровнях - республиканском, областном и районном, оказывающих высокотехнологичные медицинские услуги гражданам, в том числе и на местах. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в развитии ЭМП за последние 15-20 лет, все еще остаются вопросы, ожидающие решения для дальнейшего развития в целях постоянного совершенствования качества и доступности оказываемых услуг.

Так, в целях дальнейшего приближения и улучшения оказания населению скорой и экстренной медицинской помощи, а также обеспечения исполнения задач, определенных в рамках проведенного 18 марта 2022 года открытого диалога Президента Республики с представителями сферы здравоохранения на тему «Реформы в медицине – во имя человеческого достоинства», Постановлением Президента Республики Узбекистан ПП №283 от 16.06.2022 года «О совершенствовании системы оказания населению скорой медицинской помощи» создан Республиканский центр скорой медицинской помощи и 14 его региональных филиалов на базе службы скорой медицинской помощи и медицинских автохозяйств и внедрить единую вертикальную систему управления скорой медицинской помощи [1].

В Указе Президента Республики Узбекистан № УП-60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 — 2026 годы» обозначена Цель: «Повышение качества оказываемых населению медицинских услуг, эффективное использование бюджетных средств, централизация медицинских услуг и внедрение практики медицинского страхования населения» [2].



По оценкам Всемирной организации здравоохранения экстренная медицинская помощь может предотвратить от 54% до 90% смертей и улучшить от 900 миллионов до 2,5 миллиардов лет жизни с поправкой на инвалидность в странах с низким и средним уровнем доходов. Влияние экстренной медицинской помощи обусловлено способностью службы справляться с широким спектром острых травм и заболеваний на протяжении всей жизни всех групп населения [3].

Экстренная медицинская помощь Республики Узбекистан представляет собой в высокой степени централизованную службу, деятельность которой в основном соответствует современным общемировым принципам организации экстренной медицинской помощи населению. Централизация управления службой экстренной медицинской помощи создает благоприятные условия для совершенствования организационных схем функционирования, кадрового и финансового обеспечения, внедрения инновационных технологий. Проведенное социологическое исследование методом анкетирования руководителей, сотрудников и пациентов экстренной медицинской помощи позволяет сделать вывод о совпадении в основном их оценок состояния дел в службе. Общими проблемами по данным анкетирования во всех группах респондентов являются необходимость совершенствования информатизации и автоматизации службы и «профессиональное выгорание» персонала [4].

Следует особо отметить, что совершенствование системы экстренной медицинской помощи, в том числе ее правовое регулирование содействуют достижению как минимум 12 из 17 задач Целей устойчивого развития 2030 (ЦУР: задачи 3.1–3.9, 3d, 11.5, 16.1) [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение основных показателей, характеризующих состояние службы экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан, а также выявление наиболее значимых проблем и определение на этой основе возможных путей ее дальнейшего развития.

Материалы и методы

Исследование проводилось при содействии Группы Реализации Проекта Всемирного Банка «Совершенствование служб ЭМП» сотрудниками Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Программа исследования включала реализацию 2-х основных этапа:

1. Изучение мнения руководителей медицинских организаций, оказывающих экстренную медицинскую помощь, о ее состоянии в Республике Узбекистан.

2. Изучение мнения сотрудников выездных бригад скорой медицинской помощи о состоянии системы оказания скорой медицинской помощи в Республике Узбекистан.

Для выполнения задач исследования были разработаны анкеты для опроса руководителей, сотрудников и пациентов службы экстренной медицинской помощи, отражающие вопросы доступности и качества скорой медицинской помощи, ресурсы, технологию и результаты ее оказания. Использованы статистические и аналитические методы, метод организационного эксперимента. На каждом этапе материалы и методы исследования имели свои особенности, которые описаны в соответствующем разделе работы.

В исследовании приняли участие 60 руководителей учреждений экстренной медицинской помощи и 120 сотрудников выездных бригад скорой медицинской помощи из всех областей Республики Узбекистан. Использованы статистический и аналитический методы. Согласно репрезентативной теории измерений, служащей основой теории экспертных оценок, которая связана с анализом заключений экспертов, использовалась порядковая шкала измерений качественных признаков для установления порядка между объектами, а именно: каждый показатель был экспертно оценен по 5-и балльной системе (чем выше балл, тем более значимое влияние он имеет) по двум характерологическим признакам:

1 – по уровню выраженности показателя работы СМП;

2 – по удовлетворенности руководителя СМП существующим уровнем показателя.



Оценку проводили в бальной системе от 0 до 5, используя критерии оценки:

Столбец 3: 5 – уровень высокий (соответствует нормативному), 0 – уровень низкий, 2,3,4 – различный уровень. Удовлетворительным считали уровень показателя, превышающий 4 балла, неудовлетворительным – менее 3,5 баллов.

Столбец 4: 5 – удовлетворен полностью, 0 – абсолютно не удовлетворён, 2,3,4 – частичная удовлетворенность.

Результаты и обсуждения

Анкетирование руководителей медицинских организаций экстренной медицинской помощи. Анализ анкет в целом показал невысокий уровень показателей работы службы. Высокую оценку (соответствующему нормативному) не получил ни один из предложенных к оценке показателей. Следует отметить, что показатели, характеризующие ресурсное обеспечение экстренной медицинской помощи, максимально приближенные к нормативным (более 4,5 баллов). Удовлетворительную оценку (более 4 баллов) получили 26,1% показателей. Следует отметить низкий уровень удовлетворенности руководителей службы состоянием экстренной медицинской помощи – 3,79 баллов. Выявлена сильная прямая корреляционная связь между средней оценкой выраженности фактора (параметр 1) и средней оценкой удовлетворенности руководителей (параметр 2): коэффициент корреляции Пирсона составил 0,9. Детальный анализ укрупненных групп показателей выявил, в целом, удовлетворительную (более 4 баллов) обеспеченность выездными бригадами (соответствие общего количества бригад численности населения обслуживаемой территории, в том числе фельдшерских и врачебных общепрофильных при достаточно высокой среднесуточной нагрузке на бригаду). Состояние автопарка характеризовалось неплохими показателями (более 4 баллов) соответствия общего числа автомобилей скорой помощи расчетным показателям (в первую очередь – общепрофильных). Руководители отметили хорошую (более 4 баллов) оснащенность бригад СМП оборудованием, медикаментами и медицинскими изделиями. При этом обеспеченность медикаментами выездных бригад (средний балл 4,62) была максимально приближенной к нормативной (более 4,5 баллов). Кадровые ресурсы характеризовались высокой укомплектованностью фельдшерами скорой помощи (средним медицинским персоналом) (средний балл 4,7) с высоким уровнем профессиональной подготовки (4,12 баллов), доступностью и качеством регулярного повышения квалификации кадров среднего медицинского персонала (4,25 баллов). Отмечена эффективность работы службы качества медицинской помощи в медицинской организации экстренной медицинской помощи (службы внутреннего контроля) (4,16 баллов) и других контролирующих органов (4,19 баллов). Руководители службы указали на неплохую оперативность работы выездных бригад - соответствует нормативным показателям (4,08 баллов). Анализ данных позволил выявить и некоторые проблемные вопросы (менее 3,5 балла). В проблемной зоне – уровень информатизации и автоматизации службы экстренной медицинской помощи: уровень автоматизации систем управления выездными бригадами (3,38 баллов), качество систем навигации (3,23), эффективность круглосуточных дистанционных консультативных отделов (3,16 баллов). Финансово-экономические показатели указывали на отсутствие специализированных тарифов экстренной медицинской помощи, например, на проведение тромболитической терапии (3,16 баллов). Сравнение уровня показателей экстренной медицинской помощи и удовлетворенности руководителей выявил наиболее значимую неудовлетворенность обеспеченностью средствами связи (рациями) и техническим состоянием автомобилей скорой помощи (с учетом сроков эксплуатации).

Анкетирование сотрудников выездных бригад скорой медицинской помощи

Изучение мнения сотрудников выездных бригад скорой помощи медицинской свидетельствуют в целом о невысоком уровне показателей работы скорой помощи. Высокую оценку (соответствующей нормативной) не получил ни один из предложенных к оценке показателей. Удовлетворительную оценку (более 4 баллов) получили 18,6% показателей. Следует отметить, в целом, невысокий уровень удовлетворенности сотрудников выездных бригад скорой помощи ее состоянием



– 3,83 баллов. Выявлена сильная прямая корреляционная связь между средней оценкой выраженности факторов (параметр 1) и средней оценкой удовлетворенности сотрудников выездных бригад (параметр 2): коэффициент корреляции Пирсона составил 0,9. Детальный анализ укрупненных групп показателей выявил, в целом, удовлетворительную (более 4 баллов) обеспеченность выездными бригадами скорой помощи (соответствие общего количества бригад численности населения обслуживаемой территории (4,17 баллов), в том числе фельдшерских (4,38 баллов), а также отмечает значительную среднесуточную нагрузку на выездные бригады (4,51 баллов). Сотрудники выездных бригад отмечают хорошую (более 4 баллов) оснащенность оборудованием (4,18 баллов), медикаментами (4,58 баллов) и медицинскими изделиями (4,25 баллов). Достаточно высокую оценку (более 4 баллов) получили все показатели кадрового обеспечения, включая укомплектованность кадрами, уровень профессиональной подготовки, доступность и качество регулярного повышения квалификации врачебных кадров / кадров средних медицинских работников, доступность нормативной правовой информации по вопросам работы скорой помощи для сотрудников, достаточность и эффективность методической работы с коллективом организации (чтение лекций, проведение семинаров и практических занятий). Среди региональных особенностей отмечена значительная плотность населения (4,12 баллов) на территории обслуживания. Отмечена эффективность работы службы качества медицинской помощи в медицинской организации экстренной медицинской помощи (службы внутреннего контроля) (4,11 баллов) и других контролирующих органов (4,09 баллов). Среди психоэмоциональных факторов работы выделяются выраженность «профессионального выгорания» врача скорой помощи (4,04 баллов), проблемы этики (деонтологии) в коллективе и при работе с населением (4,10 баллов).

Сотрудники выездных бригад скорой помощи указали на неплохую оперативность работы бригад - соответствует нормативным показателям (4,01 баллов). Анализ данных позволил выявить и некоторые проблемные вопросы (менее 3,5 балла). В проблемной зоне – уровень информатизации и автоматизации службы экстренной медицинской помощи (3,45 баллов), техническое состояние автомобилей скорой помощи (с учетом сроков эксплуатации) (3,46 баллов).

Исключительно интересным является сравнение данных анкетирования руководителей и рядовых сотрудников выездных бригад скорой помощи, что позволяет наиболее полно оценить состояние системы по сходным позициям опроса с точки зрения работников системы разного уровня. Эти данные представлены в **Таблице 1.**

Анализ полученных данных позволил выделить показатели, совпадающие по уровню оценки руководителей и сотрудников выездных бригад, что, несомненно, повышает их значимость и достоверность. К ним относятся следующие факторы с удовлетворительным уровнем оценки (более 4 баллов):

Удовлетворительная обеспеченность выездными бригадами (соответствие общего количества бригад численности населения обслуживаемой территории, в том числе фельдшерских) и при этом – высокая среднесуточная нагрузка на бригаду.

Таблица 1. Результаты сравнения данных анкетирования руководителей и сотрудников выездных бригад скорой медицинской помощи.

Показатели для оценки		Сотрудники выездных бригад СМП		Руководители ЭМП	
		1.Средняя оценка выраженности фактора (в баллах от 0 до 5)	2.Средняя оценка удовлетворенности (в баллах от 0 до 5)	3.Средняя оценка выраженности фактора (в баллах от 0 до 5)	4.Средняя оценка удовлетворенности (в баллах от 0 до 5)
1. беспеченность бригадами СМП и характер их использования	1.1 Соответствие общего количества бригад численности населения обслуживаемой территории, в том числе:	4,38	4,28	4,36	4,35
	1.1.1. фельдшерских	4,17	4,14	4,34	4,32
	1.1.2.врачебных общепрофильных	3,99	3,90	4,12	4,1
	1.1.3. специализированных	3,95	3,94	3,85	3,82
	1. 2. среднесуточная нагрузка на бригаду смп	4,51	4,44	4,06	4
	1.3. профильность использования бригад смп	3,99	3,94	3,69	3,78
	1.4. объемы непрофильной работы	3,17	3,16	2,95	2,95
	1.5. уровень госпитализации	3,86	3,86	3,94	3,98
	1.6. проблемы с транспортировкой (переносом) больных	3,79	3,78	3,92	3,92
2. Состояние автопарка СМП	2.1. соответствие общего числа автомобилей СМП расчетным показателям	3,89	3,85	4,32	4,24
	2.2 соответствие класса автомобилей СМП профилю бригад	3,80	3,81	4,13	4,06
	2.2.1 транспортных	3,78	3,81	3,7	3,72
	2.2.2 общепрофильных	3,93	3,91	4,15	4,15
	2.2.3. специализированных (в т.ч. реанимобилей)	3,97	4,01	3,88	3,89
	2.3 техническое состояние автомобилями СМП (с учетом сроков эксплуатации)	3,46	3,41	3,65	3,56
3. снащенность бригад СМП	3.1 оборудованием	4,18	4,18	4	4,02
	3.2 медикаментами	4,58	4,61	4,62	4,7
	3.3 медицинскими изделиями	4,25	4,23	4,35	4,43
4.Обеспеченность средствами связи	4.1 рациями	3,99	3,93	3,78	3,63
	4.2 мобильной связью	3,56	3,54	3,69	3,68

	Показатели для оценки	Сотрудники выездных бригад СМП		Руководители ЭМП	
		1.Средняя оценка выраженности фактора (в баллах от 0 до 5)	2.Средняя оценка удовлетворенности (в баллах от 0 до 5)	3.Средняя оценка выраженности фактора (в баллах от 0 до 5)	4.Средняя оценка удовлетворенности (в баллах от 0 до 5)
5. Состояния информатизации и автоматизации службы СМП	5.1 уровень автоматизации систем управления выездными бригадами СМП	3,45	3,44	3,38	3,37
	5.2 качество систем навигации	3,54	3,55	3,23	3,2
	5.3 уровень централизации диспетчерских служб (оперативных отделов)	3,57	3,56	3,72	3,71
	5.4 эффективность круглосуточных дистанционных консультативных отделов	3,58	3,57	3,16	3,29
6. Кадровые ресурсы	6.1 укомплектованность врачами смп	4,07	4,06	3,91	3,96
	6.2 укомплектованность фельдшерами смп (средним мед. персоналом)	4,40	4,42	4,7	4,67
	6.3 уровень проф. подготовки врачебного персонала	4,25	4,25	3,73	3,77
	6.4 уровень проф. подготовки среднего мед. персонала	4,14	4,14	3,96	4
	6.5 доступность и качество регулярного повышения квалификации врачей/ среднего мед. персонала смп	4,33	4,31	4,25	4,31
7. Финансово-экономические аспекты	7.1 Уровень заработной платы врачей СМП	3,73	3,72	3,78	3,74
	7.2 Уровень заработной платы среднего персонала СМП	3,63	3,60	3,8	3,79
8. Региональные особенности работы СМП	8.1 Протяженность зоны обслуживания	3,99	3,97	3,84	3,9
	8.2 Количество и расположение станций СМП	3,98	3,97	3,96	3,91
	8.3 Плотность населения на территории обслуживания	4,12	4,08	3,93	3,93
	8.4 Проблемы с дорогами и их состоянием	3,23	3,21	3,04	3
	8.5 Трудности климатических условий	3,39	3,38	3,22	3,26
	8.6 Трудности географических условий (труднодоступные районы, сезонность и др.)	3,54	3,52	3,4	3,35

Показатели для оценки		Сотрудники выездных бригад СМП		Руководители ЭМП	
		1.Средняя оценка выраженности фактора (в баллах от 0 до 5)	2.Средняя оценка удовлетворенности (в баллах от 0 до 5)	3.Средняя оценка выраженности фактора (в баллах от 0 до 5)	4.Средняя оценка удовлетворенности (в баллах от 0 до 5)
	8.7 Трудности демографических условий (языковые барьеры, возраст населения и др.)	3,72	3,74	3,57	3,58
9. Уровень развития санавиации	Уровень развития санитарной авиации	3,85	3,82	3,63	3,66
10.Преемственность в оказании СМП	10.1 с амбулаторно-поликлиническим звеном	3,63	3,52	3,52	3,45
	10.2. со стационарным звеном	3,50	3,50	3,71	3,72
	10.3 наличие стационарных отделений СМП	3,68	3,68	3,89	3,94
	10.4 проблемы с госпитализацией пациентов	3,61	3,59	4,16	4,14
11. Деятельность контролирующих органов	Эффективность работы службы качества медицинской помощи в медицинской организации СМП (службы внутреннего контроля)	4,11	4,08	3,7	3,73
	Эффективность работы внешних контролирующих органов (министерства, обл здрава др.)	4,09	4,04	4,19	4,24
12.Психоэмоциональные факторы в коллективе и обществе	Престижность работы врача в СМП	3,91	3,93	3,98	4,08
	Престижность работы сотрудника среднего звена в СМП	3,82	3,86	3,86	3,86
	Выраженность фактора «профессионального выгорания» врача в СМП	4,04	3,98	3,74	3,74
	Выраженность фактора «профессионального выгорания» сотрудника среднего звена в СМП	3,68	3,68	3,67	3,61
	Проблемы этики (деонтологии) в коллективе и при работе с населением	4,10	4,08	3,81	3,82
13. Обращения населения	Уровень обоснованных жалоб населения	3,25	3,24	2,88	3,04
	Уровень необоснованных жалоб населения	3,66	3,60	3,07	3,17
	Благодарности пациентов	3,81	3,81	3,85	3,82

Показатели для оценки		Сотрудники выездных бригад СМП		Руководители ЭМП	
		1.Средняя оценка выраженности фактора (в баллах от 0 до 5)	2.Средняя оценка удовлетворенности (в баллах от 0 до 5)	3.Средняя оценка выраженности фактора (в баллах от 0 до 5)	4.Средняя оценка удовлетворенности (в баллах от 0 до 5)
14. Оперативность оказания СМП	14.1 соответствует нормативным показателям	4,01	4,02	4,08	4,1
	14.2 имеются обоснованные задержки	3,50	3,53	3,31	3,31
	14.3 имеются необоснованные задержки	3,29	3,24	3,07	3,13
	Средний балл	3,83	3,83	3,79	3,80
	Показатель корреляции Пирсона (столбцы 1,3)		0,81		
	Показатель корреляции Пирсона (столбцы 2,4)		0,84		

Примечание: выделены желтым цветом – показатели с согласованной оценкой, розовым цветом – показатели с разногласиями.

Примечание: выделены желтым цветом – показатели с согласованной оценкой, розовым цветом – показатели с разногласиями.

1. Удовлетворительная оснащенность бригад скорой помощи оборудованием, медикаментами, медицинскими изделиями.

2. Среди кадровых вопросов - удовлетворительная укомплектованность фельдшерами (средним медицинским персоналом), доступность и качество регулярного повышения квалификации врачебных кадров и кадров средних медицинских работников.

3. Эффективность работы внешних контролирующих органов (министерства, департамента, комитета, отдела и др.) по контролю доступности и качества медицинской помощи.

4. Оперативность оказания экстренной медицинской помощи, соответствующая нормативным показателям.

Разногласия в оценке показателей работы СМП руководителей и сотрудников выездных бригад СМП представлены в Таблице 2.

Таблица 2

Данные о разногласиях в оценке показателей работы СМП руководителей и сотрудников выездных бригад СМП

№	Показатели	Оценка сотрудников выездных бригад СМП	Оценка руководителей СМП
1.	Обеспеченность врачебными общепрофильными бригадами	<4 (средн. ур-нь)	> 4 (удовл. ур-нь)
2.	Объемы непрофильной работы	>3 (средн. ур-нь)	<3 (низкий ур-нь)
3.	Соответствие общего числа автомобилей скорой помощи расчетным показателям, соответствие класса автомобилей профилю бригад, прежде всего общепрофильных	<4 (средн. ур-нь)	> 4 (удовл. ур-нь)
4.	Уровень профессиональной подготовки врачебного персонала	> 4 (удовл. ур-нь)	<4 (средн. ур-нь)
5.	Плотность населения на территории обслуживания	> 4 (высокий ур-нь)	<4 (средн. ур-нь)
6.	Проблемы с госпитализацией пациентов	<4 (средн. ур-нь)	> 4 (высокий ур-нь)
7.	Эффективность работы службы качества медицинской помощи в медицинской организации экстренной медицинской помощи (службы внутреннего контроля)	> 4 (удовл. ур-нь)	<4 (средн. ур-нь)
8.	Выраженность фактора «профессионального выгорания» врача. Проблемы этики (деонтологии) в коллективе и при работе с населением	> 4 (высокий ур-нь)	<4 (средн. ур-нь)

Анализируемые данные позволяют отметить более позитивную оценку состояния экстренной медицинской помощи со стороны руководителей с недооценкой условий работы выездных бригад – значительных объемов непрофильной работы и высокой плотности населения на территории обслуживания, а также психоэмоциальных факторов работы коллектива - выраженности фактора «профессионального выгорания», проблем этики (деонтологии) в коллективе и при работе с населением.

Выводы

1. Целесообразно создание единого правоустанавливающего документа, регламентирующего все стороны деятельности службы экстренной и скорой медицинской помощи Республики Узбекистан, положения которого были бы обязательными к исполнению.

2. Разработать и внедрить на уровне областей рациональную 3-х уровневую систему организации экстренной и скорой медицинской помощи. Ее основными элементами являются деление медицинских организаций экстренной и скорой медицинской помощи на 3 уровня по функциональному предназначению, а также формирование в медицинских организациях 2 и 3 уровней стационарных отделений скорой медицинской помощи.

3. С целью оптимизации медицинской



эвакуации выездными бригадами скорой медицинской помощи целесообразно в каждом филиале на областном уровне иметь приказы по маршрутизации ургентных пациентов (с учетом профиля и возможностей принимающей медицинской организации).

4. С целью повышения оперативности работы службы, обеспечения преемственности догоспитального и стационарного этапов экстренной медицинской помощи, повышения эффективности аналитической работы по результатам деятельности службы целесообразно создать единую для страны информационную систему службы экстренной медицинской помощи, а также централизованные диспетчерские в каждой из областей.

5. Следует считать целесообразным довести до рекомендуемых показателей обеспеченность областей выездными бригадами скорой медицинской помощи (исходя из численности прикрепленного населения), обеспеченность автомобилей скорой медицинской помощи современным бортовым оборудованием, укладками и лекарственными средствами, своевременную замену автомобилей скорой медицинской помощи (не реже одного раза в пять лет), оптимизировать кадровый состав выездных бригад скорой медицинской помощи.

Литература

1. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-283 от 16.06.2022 года «О совершенствовании системы оказания населению скорой медицинской помощи».

2. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 — 2026 годы», Цель56.

3. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения 2019; 97: 612-619. DOI: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.226605

4. Миннуллин И. П., Мирварисова Л.Т., Барсукова И. М., Миннуллин Э. Р., Сочнев В. Н. Характеристика системы экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан по результатам анкетирования руководителей, сотрудников и пациентов службы. Журнал “Скорая медицинская помощь - 2022”, Материалы 21-го Всероссийского Конгресса (Всероссийской научно - практической конференции с международным участием), посвященного 125-летию Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова; 9-10 июня 2022 года; стр. 81-82.

5. https://sdgs.un.org/ru/goals

Миннулин И.П., Мирварисова Л.Т., Акбарова Д.С., Рустамова Ж.Т., Мирворисова З.Ш., Асатова Н.Б.

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ МУАССАСАЛАРИ РАҲБАРЛАРИ ВА ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ ХОДИМЛАРИ ЎРТАСИДА ЎТКАЗИЛГАН СЎРОВНОМАЛАР НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Калит сўзлар: шошилинч тиббий ёрдам, тез тиббий ёрдам, сифат, сўровнома.

Мақола шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини сифатини тавсифловчи асосий кўрсаткичлари, шунингдек, энг муҳим муаммолар аниқланиб, уларни ҳал қилиш усулларига бағишланган. Шошилинч тиббий ёрдам муассасалари раҳбарлари ва тез тиббий ёрдам бригадалари ходимларининг фикрлари сўровномалар ёрдамида ўрганиб чиқилди.

Minnulin I.P., Mirvarisova L.T., Akbarova D.S., Rustamova Zh.T., Mirvorisova Z.Sh., Asatova N.B.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE QUESTIONNAIRE OF MANAGERS AND MEDICAL WORKERS OF EMERGENCY MEDICAL CARE

Key words: emergency medical care, quality, questionnaire

The article deals with the study analyses of main indices having been characterized the state of emergency medical care, and, also revealing the most significant problems and determination on its base the possible ways of their solving. The research was carried out with the method of questionnaire for medical organizations and ambulance mobile teams.

Мирзаева Н.А., Шойимова Ш.С., Мирзаева Ш.Р.

УЧЕБНЫЙ СТРЕСС: ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Каждый слышал такую фразу: «Стресс - причина всех болезней», и она от части не является мифом, что подтверждается многими работами по изучению причин заболеваний. Если в жизни человека присутствует постоянный стресс, с которым человек никак не борется, то это оказывает настолько сильное губительное воздействие на иммунитет и здоровье, которое практически гарантирует возникновение какого-либо заболевания. По данным ВОЗ, 45% всех заболеваний связано именно с чрезмерно сильным и длительным психологическим напряжением или со стрессом.

Обучающиеся в вузе студенты постоянно находятся под влиянием стресс-факторов. Чрезмерное умственное напряжение студента от обучения оказывает сильное воздействие на психику и часто является причиной эмоциональных перегрузок. стресс может иметь очень серьёзные последствия. Учебный стресс у студентов развивается из-за большого потока информации, из-за отсутствия системной работы в семестре, в период сессии, из-за ссор, неудач и других событий жизни, которые обозначаются как психические травмы. Также, для студента вуза проблемы и трудности могут вызвать следующие факторы: недостаток сна; несданные вовремя работы; невыполненные или выполненные неправильно задания; большое количество пропусков занятий; недостаточно полные знания по дисциплине; плохая успеваемость по определенной дисциплине; отсутствие интереса к дисциплине или предлагаемой студенту работе; увеличение учебной нагрузки; конфликтные ситуации; плохие физические условия (отклонение в температуре помещения, плохое освещение или чрезмерный шум и др.); личностные факторы (болезнь члена семьи, изменение числа друзей, конфликты с одногруппниками и близкими людьми, переезд, значительные личные достижения, изменение финансового положения, тип нервной системы и др.).

Последствием учебного стресса может стать невроз, функциональное заболевание нервной системы. Когда страдает нервная система, ресурсы истощаются, заставляя работать организм учащегося на пределе.

Экзаменационный стресс занимает одно из первых мест среди причин, вызывающих состояние фрустрации у студентов высшей школы. Экзамен может послужить фактором, оказывающим влияние на психику студента, на его настроение, самочувствие, психоэмоциональное состояние. Как показывают исследования, экзаменационный стресс оказывает негативное влияние на нервную, сердечно-сосудистую и иммунную системы студентов.

Опираясь на стадии, описанные в концепции развития стресса Г. Селье, Ю.В. Щербатых выделил три «классические» стадии, отражающие процесс психологического напряжения, связанного со сдачей экзаменов. Первая стадия (стадия мобилизации или тревоги) связана с ситуацией неопределенности, в которой находится студент перед началом экзамена. Психологическое напряжение в этот период сопровождается избыточной мобилизацией всех ресурсов организма. На второй стадии (адаптации), которая наступает после получения билета и начала подготовки к ответу, организму удается за счет предшествующей мобилизации успешно справляться с вредными воздействиями. Такой уровень его функционирования является энергетически избыточным и сопровождается интенсивной тратой жизненных ресурсов. Если организму в течение некоторого времени не удается приспособиться к экстремальному фактору, а ресурсы истощились (например, билет попался очень трудный), то наступает третья стадия – истощения. Эти три фазы развития стресса можно проследить и на большем временном отрезке – на протяжении всей сессии, где фаза тревоги развивается в течение зачетной недели, предшествующей экзаменам, вторая фаза обычно наступает между вторым и третьим экзаменом, а фаза истощения может развиться к концу сессии. По результатам исследования Городецкой И.В. и Солодовниковой О.И., проведенного на базе Витебского государственного медицинского



университета, установлено, что высокая учебная нагрузка является основным фактором, вызывающим развитие стрессовых ситуаций у большинства студентов университета. Стресс, связанный с учебой, наиболее выражен у студентов младших курсов, затем его уровень уменьшается, достигая наименьшего значения у выпускников. Наиболее частые проявления учебного стресса – плохой сон, ощущение постоянной нехватки времени, плохое настроение, депрессия, низкая работоспособность, повышенная утомляемость; наименее частые – затруднение дыхания, проблемы с желудочно-кишечным трактом, головная боль, нарушение социальных контактов, проблемы в общении, напряжение или дрожание мышц. Безусловно, в период экзаменационной сессии загруженность студентов особенна велика. Работа с большим количеством информации, разноплановые виды деятельности, которые необходимо выполнить в короткие сроки, ликвидация задолженностей, недостаточные фундамент знаний по изучаемым дисциплинам, несоблюдение режима дня, режима питания, недостаток сна- факторы, способствующие возникновению стресса.

Как известно, стресс, имеющий затяжной характер, вызванный трудностями с успеваемостью, с ликвидацией академической задолженности, может в дальнейшем привести к депрессивным состояниям. Период обучения оказывает значительное влияние на личностное становление, отношение к будущей профессиональной деятельности, психологическое и физиологическое состояние студента, поэтому проблема учебного стресса и его влияния на студентов весьма актуальна.

Исследования показали, что учащиеся делятся на несколько типов по отношению к стрессу и умению не допускать, чтобы он ими управлял: одним постоянный стресс просто необходим, без него они чувствуют себя неуютно, слишком спокойная жизнь кажется им вялой и сонной; другие не представляют своего существования без тихой и мирной жизни, а малейшее изменение в ее привычном ходе выбивает их из колеи; третьи же спокойно могут прожить как со стрессами, так и без них. Для здорового учащегося стрессы не будут представлять угрозы, если их количество не превысит его восстановительных способностей. Главная опасность — не заметить своего напряженного состояния, не дать ему пройти, а поддаться, что приведет к хроническому стрессу.

Как нам известно, при стрессовых воздействиях у человека происходят изменения эмоционального, физиологического, интеллектуального состояния: учащается пульс и сердцебиение, повышается кровяное давление, напрягаются мышцы, появляется тревога, страх, раздражительность и нервозность по незначащим поводам, повышается утомляемость, возникает безразличие к окружающим и своей собственной судьбе, меняется поведение человека, возникают трудности с принятием решения, снижается концентрация внимания. Это те последствия стресса, о которых говорят не только студенты, но и другие люди.

Для современного студента, как и для любого человека, стресс - это не сверхъестественное явление, а, скорее, реакция на скопившиеся проблемы, на бесконечный процесс борьбы с повседневными трудностями, на факторы, связанные с работой и деятельностью организации или событиями в личной жизни. Как бороться со стрессом на учебе? То, насколько развита стрессоустойчивость студента, имеет важнейшее значение как для учебного процесса, так и для жизни вступающего во взрослый мир человека. Естественно, повлиять на условия, сопутствующие обучению, практически невозможно, и поэтому гораздо эффективнее не «бороться с системой», а искать способы нормализовать психическое состояние.

К самым эффективным методам борьбы со стрессом на учебе относится модификация поведения, т.е. пересмотр и изменение своего отношения к происходящему, избавление от волнений по поводу того, что на повлиять не получается, освоение путей для выхода негатива. И для этого психологи рекомендуют несколько приемов:

1. Ведение дневника. Давно доказано, что очень полезно переносить на бумагу переживания, мысли и эмоции. Это позволяет освободиться от негатива и разгрузить психику. Также полезно анализировать записи, чтобы понимать причины своих состояний и находить способы решения проблем.

2. Занятия спортом. Психически и физически чувствовать себя намного лучше



позволяют физические нагрузки. Тренировки, упражнения, пробежки и другие подобные занятия – это возможность высвободить излишки энергии и успокоиться, отвлечься и обдумать что-то. Конечно же, и здоровье благодаря спорту становится лучше.

3. Эмоциональная разрядка. Зачастую стресс вызывает отрицательные эмоции, а их, как уже было подмечено, нужно экологично выплескивать.

4. Смена деятельности. Когда выдается выходной, его обязательно нужно проводить не так, как будний день. Лучше всего кардинально менять окружающие условия и занятость. Чем больше разнообразных видов деятельности будет в жизни, тем лучше для организма и психики.

На самом деле приемов борьбы со стрессами на учебе намного больше, и, если говорить объективно, они нисколько не отличаются от приемов борьбы со стрессами на работе и в обычной жизни. Но есть и особые ситуации, к которым требуется более специфичный подход. Одной из таких ситуаций является предстоящий экзамен. Даже небольшой стресс накануне экзамена – это помеха для концентрации на подготовке. Лучший способ избежать этого – заранее устранить стрессовые факторы или постараться к ним адаптироваться. Плюс к этому следует не пропускать лекции, вовремя изучать материал той или иной программы, выполнять все работы, задаваемые преподавателями.

Нельзя пренебрегать правильным режимом дня. Чтобы сохранять продуктивность и высокую работоспособность, меньше переживать и лучше усваивать информацию, желательно ложиться спать и просыпаться в одно и то же время, спать не менее восьми часов в сутки, делать перерывы от занятий в течение дня, больше бывать на свежем воздухе. Соблюдение предложенных рекомендаций – это возможность укрепить психику, нормализовать психоэмоциональное состояние и поддерживать в тонусе организм в целом. Но, пожалуй, лучшим вариантом будет не принятие экстренных мер по нейтрализации влияния стресса, а его профилактика и предупреждение в повседневной жизни.

Как предупредить стресс на учебе. Избежать в перспективе связанных со стрессом неприятных ситуаций вполне просто. Для этого не нужно дожидаться появления первых признаков стрессового состояния. Напротив, нужно делать так, чтобы они и не давали о себе знать, а сделать это можно, если соблюдать ряд несложных рекомендаций:

1. Следить за своей самооценкой и поддерживать ее на должном уровне. Низкая самооценка – один из серьезных источников стресса и проблем с успеваемостью.

2. Поддерживать уровень знаний. Регулярно ходить на лекции, читать сопутствующую литературу, не создавать авралов по учебе. Это также поможет избежать перенапряжения и чрезмерных нагрузок.

3. Тренировать память. Чем лучше будет память, то быстрее и больше получится запоминать, а это одна из самых важных для учебы способностей.

4. Развивать чувство юмора. Смех не только продлевает жизнь, но и служит замечательным способом профилактики стресса, ведь он способствует выработке атнистрессовых гормонов и гормона счастья, благотворно сказывающихся на психике.

5. Активно отдыхать. Как мы уже знаем, такой отдых помогает снимать эмоциональное и физическое напряжение, приводящее к стрессу. Нужно заниматься спортом, играть в активные игры, совершать прогулки и больше двигаться.

6. Релаксировать, медитировать, принимать СПА процедуры. У каждого человека есть возможность саморегуляции, следовательно, он может самостоятельно влиять на явления, происходящие с ним. Желаемого результата можно добиться при помощи упражнений с дыханием, манипуляций для прогрессивного расслабления мышц, упражнения для изменения нереалистичных выводов. Польза данных процедур доказана учеными. Например, медитация позволяет человек успокаивать бег мыслей, более глубоко понимать причины происходящих событий и лучше разбираться в себе.

7. Развивать стрессоустойчивость. Стрессоустойчивость формируется следующими мероприятиями: самонаблюдение за появлением стресса; использование тестовых методик по определению уровня стресса; оказание психологической помощи социальным окружением; формирование воли, выдержки, выносливости; выполнение физических упражнений.



Вместе с указанными рекомендациями можно взять за правило выполнять всевозможные дыхательные упражнения и психологические техники. Регулярное их применение послужит мощнейшим оружием против стресса во время учебы. Впрочем, и после получения диплома они будут служить полезным инструментом профилактики стресса на работе и в обычной жизни.

Итак, учебный стресс - это абсолютно нормальная реакция организма, связанная с повседневной жизнью каждого студента, составная часть образа жизни. От самого студента зависит, как часто и продолжительно он будет находиться в стрессовом состоянии, каковы будут проявления учебного стресса. Ключом к избавлению от стресса является осознанное к нему отношение. Управление стрессом определяется выбором стратегий, методов и приемов, позволяющих оптимизировать негативное воздействие стрессоров для человека. Знания психологической природы стресса и методов его коррекции будут способствовать сохранению здоровья студентов и лучшему обучению в ВУЗе.

Литература

1. Городецкая И.В., Солодовникова О.И. Оценка уровня учебного стресса у студентов ВГМУ. Вестник ВГМУ. 2016;2:25.

2. Карякина С.Н. Характеристика учебного стресса студентов младших и старших курсов высшего учебного заведения. Ученые записки ОГУ. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2010;3:39.

3. Котова Г.Н. Социально-гигиенический мониторинг влияния стрессогенных факторов на распространенность учебных стрессов в молодежной среде. Фундаментальные исследования. 2014;7-4:231.

4. Куликова Л.В. Психические состояния. СПб.: Питер, 2000:264.

5. Новгородцева И.В. Учебный стресс у студентов-медиков: причины и проявления. Новгородцева Вятский медицинский вестник. 2014;3-4:56.

Шойимова Ш.С., Мирзаева Н.А., Мирзаева Ш.Р.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ТАЪЛИМ СОҲАСИДАГИ ИСЛОҲОТЛАР

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Ҳаммамизга аёнки, тараққиётнинг тамал тоши ҳам, мамлакатни қудратли, миллатни буюк қиладиган куч ҳам бу - илм-фан, таълим ва тарбиядир. Эртанги кунимиз, Ватанимизнинг ёруғ истиқболи, биринчи навбатда, таълим тизими ва фарзандларимизга бераётган тарбиямиз билан чамбарчас боғлиқ.

Шавкат МИРЗИЁЕВ

Мамлакатимизда таълим тизимини тубдан ўзгартириш, уни халқаро стандартларга интеграциялаш, меҳнат бозори талабига мос юқори малакали мутахассис кадрлар тайёрлаш ҳамда миллий уйғониш ғоясини рўёбга чиқарадиган юксак маданиятли янги авлодни вояга етказиш, жаҳон андозалари даражасида замонавий билим ва касб-ҳунарларни эгаллаши, жисмонан ва маънан етук инсонлар бўлиб улғайиши, уларнинг қобилият ва истеъдодини, интеллектуал салоҳиятини юзага чиқариш, ёш авлод қалбида Ватанга садоқат ва фидойилик туйғуларини юксалтириш механизмларини яратишга қаратилган тарихий ислоҳотлар амалга оширилмоқда.

Мамлакатимизда таълим тизимини ривожлантиришнинг концептуал асослари ҳисобланмиш Ўзбекистон Республикасининг 2020 йил 23 сентябрда янги таҳрирда қабул қилинган «Таълим тўғрисида»ги Қонунида давлатимиз ижтимоий тараққиёти соҳасида таълимнинг устувор деб эълон қилиниши соҳа мутахассислари зиммасига жуда катта масъулиятли, улуғвор вазифалар юклади, таълим-тарбия ва кадрлар тайёрлаш тизимини ислоҳ қилишга оид асосий йўл-йўриқлар белгилади.

Мазкур янги Қонуннинг қабул қилиниши эса таълим масаласининг тарбия билан узвий боғлиқлиги таъминланиши, бу билан ижтимоий ҳаётимизнинг ҳозирги босқичида,

хусусан, ҳар бир ёшни шахс сифатида маърифатли камолга етказиш кўзда тутилди. Бундан ташқари, мактабгача таълим ва тарбия масаласига алоҳида эътибор қаратилиб, мактабгача ёшдаги болаларни ўқитиш ва тарбиялашга, болаларни умумий ўрта таълимга тайёрлашга қаратилган узлуксиз таълим турини такомиллаштиришга хизмат қилади. Қонунда таълим муассасаси ходимлари, таълим олувчилар ва ота-оналарнинг ҳуқуқлари, мажбуриятлари ва жавобгарлиги, таълим жараёни қатнашчиларининг ижтимоий ҳимояси, таълим жараёнида меҳнат қилаётган минглаб мутахассисларнинг, ота-оналарнинг ҳуқуқий мақомига, уларнинг ижтимоий муҳофазасига доир жиҳатларга, айни вақтда мажбуриятларига ойдинлик киритилди. Шунингдек, қонун эндиликда таълимнинг нодавлат шаклини ривожлантиришга, жамиятимизда интеллектуал мулк салоҳиятидан самарали фойдаланиш, илм-маърифатга доир иш жойлари кенгайишига имкон бермоқда.

Янги таҳрирдаги “Таълим тўғрисида”ги Қонун таълим-тарбия ва ўқув жараёнларининг таркиби, босқичларини бир-бири билан узвий боғлаш, яъни узлуксиз таълим-тарбия тизимини ташкил қилиш, таълим-тарбия тизимини бугунги замонавий, тараққий топган демократик давлатлар талабларига жавоб бера оладиган қилиб ташкил этишга кенг имкониятлар эшигини очмоқда.

Қонуннинг мақсади фуқароларга таълим-тарбия бериш, касб-ҳунар ўргатишнинг ҳуқуқий асосларини белгилаш ҳамда ҳар кимнинг билим олиш мумкинлиги каби конституциявий ҳуқуқини таъминлашдан иборатдир.

Қонунининг 1-боби «Умумий қоидалар» деб номланади. Унда ушбу Қонуннинг мақсади, таълим тўғрисидаги қонунчилик, асосий тушунчалар, таълим соҳасидаги асосий принциплар, таълим олиш ҳуқуқи каби масалалар ўз ифодасини топган.

Қонунда қуйидаги асосий тушунчаларга батафсил изоҳ берилди:

давлат аккредитацияси - давлат таълим муассасалари ва ташкилотлари, шунингдек нодавлат таълим ташкилотлари фаолиятининг давлат таълим стандартлари ва давлат таълим талабларига ҳамда ўқув дастурларига мувофиқлигининг давлат томонидан эътироф этилиши ҳамда уларнинг битирувчиларига маълумот тўғрисидаги ҳужжатларни топшириш ҳуқуқининг тақдим этилишидан иборат жараён;

давлат таълим муассасаси - давлат ҳокимияти ва бошқаруви органлари томонидан давлат мулки бўлган мол-мулк негизида ташкил этилган, давлат таълим стандартларига ва давлат таълим талабларига мувофиқ таълим берадиган муассаса;

давлат таълим стандартлари - давлат томонидан таълимнинг мазмуни ва сифатига нисбатан белгиланадиган талаблар мажмуи;

давлат таълим талаблари - таълимнинг тузилмасига, мазмунига ва уни амалга ошириш шарт-шароитларига, шунингдек таълим олувчиларнинг жисмоний, шахсий, интеллектуал, илмий ҳамда касбий сифатларига қўйиладиган мажбурий талаблар;

малака - шахснинг касбий фаолиятнинг муайян турини бажаришга тайёргарлигини ифодалайдиган, маълумот тўғрисидаги тегишли ҳужжат билан тасдиқланадиган билим, қобилият, маҳорат ва кўникмалар даражаси;

мутахассислик - малака бериш билан якунланадиган муайян касбий тайёргарлик турининг номи;

нодавлат таълим ташкилоти - давлат таълим стандартлари, давлат таълим талаблари ва ўқув дастурларига мувофиқ таълим хизматлари кўрсатиш фаолиятини амалга ошириш ҳуқуқини берадиган лицензия асосида ёки хабардор қилиш тартибида таълим хизматлари кўрсатувчи юридик шахс;

тарбия - аниқ мақсадли ҳамда ижтимоий-тарихий тажриба асосида ёш авлодни ҳар томонлама камол топтиришга, уларнинг онгини, маънавий-ахлоқий қадриятлар ва дунёқарашини шакллантиришга қаратилган тизимли жараён;

таълим - таълим олувчиларга чуқур назарий билим, малакалар ва амалий кўникмалар беришга, шунингдек уларнинг умумтаълим ва касбий билим, малака ҳамда кўникмаларини шакллантиришга, қобилиятини ривожлантиришга қаратилган тизимли жараён;

таълим кампуси - ягона ҳудудда бирлаштирилган ўқув биноларини, илмий-тадқиқот институтларини (марказларини), ишлаб чиқариш мажмуалари ва технопаркларни, таълим-тарбия жараёни иштирокчиларининг вақтинча яшаш жойларини, лабораторияларни, ахборот-ресурс марказларини (кутубхоналарни), спорт иншоотларини, умумий овқатланиш объектларини ўз ичига олган бинолар ҳамда иншоотлар мажмуидан иборат бўлган, ўқув жараёни, маънавий-ахлоқий тарбиянинг юқори самарадорлигини таъминлайдиган таълим-тарбия муҳити;



таълим-тарбия жараёни иштирокчилари - таълим олувчилар, вояга етмаган таълим олувчиларнинг ота-оналари ёки бошқа қонуний вакиллари, педагог ходимлар ва уларнинг вакиллари;

таълим ташкилотлари аттестацияси - таълим ташкилотларининг фаолиятини баҳолаш, давлат таълим стандартлари, давлат таълим талаблари ҳамда ўқув дастурларига мувофиқ кадрлар тайёрлаш мазмуни, даражаси ва сифатини аниқлаш бўйича давлат назоратининг асосий шакли

«Таълим тўғрисида»ги Қонуннинг 2-бобида таълим тизими, таълим турлари, мактабгача таълим ва тарбия, умумий ўрта ва ўрта махсус таълим, профессионал таълим, олий таълим, олий таълимдан кейинги таълим, кадрларни қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш, мактабдан ташқари таълим, таълим олиш шакллари, масофавий таълим, дуал таълим, оилада таълим олиш ва мустақил таълим олиш, катта ёшдагиларни ўқитиш ва уларга таълим бериш, инклюзив таълим, экстернат тартибидаги таълим, мудофаа, хавфсизлик ва ҳуқуқни муҳофаза қилиш фаолияти соҳасида кадрларни тайёрлаш каби таълим турлари моҳияти кенг ёритилган.

Республикамиздаги таълим тизими Давлат таълим стандартларига мувофиқ таълим дастурларини амалга оширувчи давлат ва нодавлат таълим муассасаларини, таълим тизимини ривожланишини таъминлаш учун зарур бўлган тадқиқот ишларини бажарувчи илмий-педагогик муассасаларни, таълим соҳасидаги давлат бошқарув органлари, шунингдек уларга қарашли корхона, муассаса ва ташкилотларни қамраб олади.

Қонуннинг учинчи боби “Таълим тизимини бошқариш” деб номланиб, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг таълим соҳасидаги ваколатлари, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекциясининг таълим соҳасидаги ваколатлари, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Президент, ижод ва ихтисослаштирилган мактабларни ривожлантириш агентлигининг таълим соҳасидаги ваколатлари, Таълим соҳасидаги ваколатли давлат бошқаруви органлари, Маҳаллий давлат ҳокимияти органларининг таълим соҳасидаги ваколатлари ҳамда Таълим ташкилотини бошқариш органлари ўрин олган бўлса қолган бобларда эса, Таълим фаолиятини ташкил этиш ва унинг назоратини амалга ошириш, Таълим ташкилотлари педагог ходимларининг ҳуқуқий мақоми, Таълим олувчиларнинг, улар ота-онасининг ҳамда бошқа қонуний вакилларининг ҳуқуқ ва мажбуриятлари, Таълим-тарбия жараёни иштирокчиларини ижтимоий ҳимоя қилиш, Нодавлат таълим ташкилотлари фаолиятини лицензиялаш, таълим ташкилотларини аттестациядан ва давлат аккредитациясидан ўтказиш, Хорижий давлатда олинган таълим тўғрисидаги ҳужжатни тан олиш, таълим соҳасидаги ҳужжатларга апостиль қўйиш, Таълимни молиялаштириш ва давлат томонидан қўллаб-қувватлаш, Таълим соҳасидаги халқаро ҳамкорлик ва Якунловчи қоидалар ифодаланган.

Мамлакатимизда таълим тизимини ислоҳ қилиниши ва ривожлантиришнинг тариҳий аҳамияти – бу таълимнинг Ўзбекистон Республикаси Конституциясида акс этган – “инсон, унинг ҳаёти, эркинлиги, шаъни, қадр-қиммати ва бошқа дахлсиз ҳуқуқлари олий қадрият ҳисобланади” (23-модда) – принципига амал қилган ҳолда инсонийликка йўналтирилганлигидир. Инсоний устуворлик таълим соҳасидаги давлат сиёсатининг асосий принципи сифатида Ўзбекистон Республикаси “Таълим тўғрисида”ги қонунида ҳам ўз ифодасини тўлиқ топган ва таълим соҳасидаги асосий принциплар қуйидагилардан иборатдир:

таълим устуворлигининг тан олиниши;

таълим олиш шаклини танлаш эркинлиги;

таълим соҳасида камситишларга йўл қўйилмаслиги;

таълим олишга доир тенг имкониятларнинг таъминланиши;

таълим ва тарбияга миллий ҳамда умуминсоний қадриятларнинг сингдирилганлиги;

таълим ва тарбиянинг инсонпарварлик, демократик хусусияти;

таълимнинг узлуксизлиги ва изчиллиги;

ўн бир йиллик таълимнинг ҳамда олти ёшдан етти ёшгача бўлган болаларни бир йил давомида умумий ўрта таълимга тайёрлашнинг мажбурийлиги;

давлат таълим стандартлари ва давлат таълим талаблари доирасида таълим олишнинг ҳамма учун очиқлиги;

ўқув дастурларини танлашга доир ёндашувнинг ягоналиги ва табақалаштирилганлиги;

инсоннинг бутун ҳаёти давомида таълим олиши;

жамиятда педагогларни ижтимоий ҳимоя



қилишнинг кафолатланганлиги;

таълим тизимининг дунёвий хусусиятга эгалиги;

билимлилик, қобилиятлилик ва истеъдоднинг рағбатлантирилиши;

таълим тизимида давлат ва жамоат бошқарувининг уйғунлиги;

таълим фаолияти соҳасидаги очиқлик ва шаффофлик, “Таълим соҳасидаги асосий принциплар (4-модда).

2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси ўрта муддатли истиқболда давлат сиёсатининг устувор йўналишларини белгилаб берган энг муҳим дастурий ҳужжат ҳисобланади. Мазкур ҳужжат асосида таълим соҳасига доир қатор ислоҳотлар амалга оширилди. Таълим тизимини халқ билан мулоқот ва илғор хорижий тажрибалар асосида ислоҳ қилишга асосий эътибор қаратилди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 30 сентябрдаги ПҚ-3304-сон Қарори асосида Ўзбекистон республикаси Халқ таълими вазирлиги фаолияти такомиллаштирилди. Мазкур қарор халқ таълими тизимини ривожлантиришга қаратилган ягона давлат сиёсатини амалга ошириш, умумий ўрта ва мактабдан ташқари таълимни ҳар томонлама ривожлантириш, ўқувчиларнинг билими ва маънавий-ахлоқий даражасини янада юксалтиришга қаратилди.

Меҳнат бозорининг замонавий эҳтиёжларига мувофиқ узлуксиз таълим тизимини такомиллаштириш ва юқори малакали кадрлар тайёрлаш, таълим хизматларининг очиқлиги ва сифати масалаларига давлат томонидан алоҳида эътибор қаратилмоқда. Жумладан, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 25 январдаги “Умумий ўрта, ўрта махсус ва касб-ҳунар таълими тизимини тубдан такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-5313-сон Фармони қабул қилинди. Фармонга мувофиқ, 2018/2019 ўқув йилидан бошлаб мажбурий умумий ўрта ва ўрта махсус таълим умумтаълим мактабларида, шу жумладан, ихтисослаштирилган мактабларда, ихтисослаштирилган санъат ва маданият мактаб-интернатларида, ихтисослаштирилган олимпия захиралари мактаб-интернатларида ҳамда академик лицейларда узлуксиз ва 11 йиллик муддатда; 2019/2020 ўқув йилидан бошлаб касб-ҳунар коллежларига ўқишга қабул қилиш умумтаълим мактабларининг 11-синфлари битирувчилари ҳисобидан, ихтиёрийлик асосида, тегишли мутахассисликка (касбга) эга бўлиш учун 6 ойдан 2 йилгача бўлган ўқитиш муддатларида амалга оширилиши белгилаб берилди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 25 январдаги “Умумий ўрта, ўрта махсус ва касб-ҳунар таълими тизимини тубдан такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-5313-сон Фармонига мувофиқ, мажбурий умумий ўрта ва ўрта махсус таълим умумтаълим мактабларида, касб-ҳунар таълими ихтиёрийлик асосида касб-ҳунар коллежларида амалга оширилади.

Умумий ўрта таълим муассасаларининг 10-11-синфлари ўқувчилари таълим олишлари билан биргаликда уларга касб-ҳунар ўргатиш, ўқувчиларнинг қизиқиш ва қобилиятларидан келиб чиққан ҳолда келажакда уларнинг таълимни давом эттиришлари ёки эгаллаган касблари бўйича меҳнат фаолияти билан шуғулланишларига шарт-шароитлар яратиш, ўқув-ишлаб чиқариш мажмуаларини ташкил этиш ва уларни зарур жиҳозлар билан таъминлаш мақсадида Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 24 октябрдаги “Умумий ўрта таълим муассасаларининг 10-11-синфлари ўқувчиларига касбий таълим беришга ихтисослашган ўқув-ишлаб чиқариш мажмуаларини ташкил этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 868-сон қарори қабул қилинди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 14 мартдаги “Ўрта махсус, касб-ҳунар таълими муассасалари фаолиятини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-2829-сон қарори қабул қилинди. Мазкур қарорнинг 2-бандида академик лицейларнинг муҳим вазифалари ва фаолияти йўналишлари белгилаб берилди:

умумтаълим мактабларининг энг истеъдодли ўқувчиларини танлаш, уларнинг интеллектуал қобилиятларини янада ривожлантириш ва ўқишни олий таълим муассасаларида давом эттиришга мақсадли чуқур тайёрлаш;

ўқувчиларнинг ижодий салоҳияти намоён бўлиши ва фаоллашишига кўмаклашувчи, индивидуал истеъдодларни ва ҳар бир ўқувчининг қобилиятлари ҳамда хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда билимларни эгаллаб олиш жараёнида мустақил фаолият кўникмаларини шакллантирувчи ва ривожлантирувчи таълим муҳитини яратиш;

илғор маҳаллий ва хорижий таълим муассасаларининг тажрибасини ҳисобга олган



ҳолда таълим жараёнини ташкил этишнинг замонавий шаклларини жорий этиш ва унинг мазмунини доимий равишда янгилаб бориш.

Олий таълим тизимини тубдан такомиллаштириш, мамлакатни ижтимоий-иқтисодий ривожлантиришнинг устувор вазифаларидан келиб чиққан ҳолда, кадрлар тайёрлаш мазмунини тубдан қайта кўриш, халқаро стандартлар даражасига мос олий маълумотли мутахассислар тайёрлаш учун зарур шароитлар яратилишини таъминлаш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 апрелдаги “Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”-ги ПҚ-2909-сон Қарори қабул қилинди.

Ўзбекистон Республикасида олий таълимни тизимли ислоҳ қилишнинг устувор йўналишларини белгилаш, замонавий билим ва юксак маънавий-ахлоқий фазилатларга эга, мустақил фикрлайдиган юқори малакали кадрлар тайёрлаш жараёнини сифат жиҳатидан янги босқичга кўтариш, олий таълимни модернизация қилиш, илғор таълим технологияларига асосланган ҳолда ижтимоий соҳа ва иқтисодиёт тармоқларини ривожлантириш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 8 октябрдаги “Ўзбекистон Республикаси Олий таълим тизимини 2030 йилгача ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида”ги ПФ-5847-сон Фармони ва Фармон билан “Ўзбекистон Республикаси олий таълим тизимини 2030 йилгача ривожлантириш” Концепцияси қабул қилинди.

Хулоса ўрнида айтиш мумкинки, Ўзбекистонда сўнгги йилларда қабул қилинган Президент фармонлари, қарорлари ва бир қатор меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларга кўра, қуйидагилар таълим тизимини келгусида комплекс ривожлантиришнинг энг муҳим вазифалари этиб белгиланди, жумладан:

ҳар бир таълим муассасаси томонидан хориждаги етакчи турдош илмий-таълим муассасалари билан истиқболли ҳамкорлик алоқаларини яқиндан йўлга қўйиш, ўқув жараёнига халқаро таълим стандартларига асосланган энг замонавий педагогик технологиялар, таълим дастурлари ва ўқув-методик материалларни кенг жорий этиш, илмий-педагогик фаолиятга юқори малакали чет эл ўқитувчилари ва олимларини жалб этиш;

олий маълумотли кадрларни тайёрлашнинг мақсадли мезонларини шакллантириш, олий таълим муассасаларидаги ихтисослик йўналишлари ва мутахассисликларни ҳудудлар ва соҳалар бўйича жорий этилаётган дастурларнинг талаб ва эҳтиёжлари, иқтисодиёт тармоқлари ва ҳудудларни комплекс тараққий эттириш истиқболларини инобатга олган ҳолда оптималлаштириш;

янги авлод ўқув қўлланмаларини яратиш ва олий таълим тизимига кенг татбиқ этиш, олий таълим муассасаларини замонавий ўқув-методик ва илмий адабиётлар билан таъминлаш, жумладан, энг янги хорижий адабиётларни сотиб олиш ва таржима қилиш негизида ахборот-ресурс марказлари фондларини мунтазам янгилаб бориш;

педагог кадрларнинг касб малакаси ва маҳоратини сифат жиҳатидан мунтазам ошириб бориш, педагог ва илмий ходимларнинг стажировкадан ўтишини йўлга қўйиш, олий таълим муассасалари битирувчиларини PhD дастури ва хорижий магистратура дастурлари асосида ўқитиш;

олий таълим муассасаларининг илмий салоҳиятини мустаҳкамлаш, олий таълим тизимида илмий тадқиқотларни янада ривожлантириш, уларнинг академик илм-фан билан интегратсиясини кучайтириш, профессор-ўқитувчилар таркибининг илмий фаолияти самарадорлигини ошириш, иқтидорли талаба-ёшларни илмий фаолият билан шуғулланишга жалб этиш;

олий таълимнинг маънавий-ахлоқий мазмунини кучайтириш, талаба-ёшларнинг қалби ва онгига миллий истиқлол ғоясини, халқимизнинг юксак маънавияти ва инсонпарварлик анъаналарига садоқат туйғусини чуқур сингдириш, биз учун мутлақо ёт ва бегона бўлган ғояларга нисбатан уларда мустаҳкам иммунитет ва танқидий муносабатни шакллантириш;

олий таълим муассасалари моддий-техника базасини уларнинг ўқув ва илмий-лаборатория биноларини, спорт иншоотлари ва ижтимоий-муҳандислик инфратузилмаларини қуриш, капитал таъмирлаш ва реконструксия қилиш орқали янада мустаҳкамлаш, замонавий илм-фан соҳаларининг устувор йўналишлари бўйича ўқув-илмий лабораториялар базасини замонавий асбоб-ускуналар билан таъминлаш;

олий таълим муассасаларини замонавий ахборот-коммуникация технологиялари воситалари билан таъминлаш, талабалар, ўқитувчи ва ёш тадқиқотчиларнинг жаҳондаги илғор таълим ресурслари, илмий адабиётлар ва маълумотлар базаси бўйича электрон каталогларга кириш имкониятини кенгайтириш.

Адабиётлар

1. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 8 октябрдаги ПФ-5847-сонли “Ўзбекистон Республикаси олий таълим тизимини 2030 йилгача ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида”ги Фармони.

2. Мирзаева Ш.Р., Шойимова Ш.С., Мирзаева Н.А. Тиббий таълимда педагогнинг инновацион фаолияти. Педиатрия журнали 2-сони, 2021 йил, 277-281 бетлар.

3. Мирзаева Ш.Р., Шойимова Ш.С., Мирзаева Н.А. Тиббий таълимда талабаларни мотивлаштириш ва фаоллаштириш хусусиятлари. “Педиатрия”, 2-сон, Тошкент, 2020 йил, 290-294 бетлар.

4. Рахматуллаев А.А., Шойимова Ш.С. Особенности эффективного применения IT-технологий и зарубежного опыта в медицинском образовании. Педиатрия журнали 2-сони, 2021 йил, 294-299 бетлар.

5. Хаитов Қ.Н., Агзамова Н.В., Шойимова Ш.С. Тиббиёт олий таълим муассасаларида ўқитишнинг кредит-модул тизимидан фойдаланиш масалалари. Педиатрия журнали 2-сони, 2021 йил, 283-294 бетлар.

6. Шойимова Ш.С., Мирзаева Ш.Р., Мирзаева Н.А. Тиббий таълимда лойиҳавий ўқитиш технологиясидан фойдаланиш масалалари. “Педиатрия”, 2-сон, Тошкент, 2020 йил, 279-283 бетлар.

7. Шойимова Ш.С., Мирзаева Ш.Р., Мирзаева Н.А. Замонавий тиббий ўқув жараёнининг психологик компонентлари. “Педиатрия”, 1-сон, Тошкент, 2022 йил, 226-229 бетлар.

8. Шойимова Ш.С. Шахс психологияси. Ўқув қўлланма. Т.: «LESSON PRESS»-160 бет, 2017.

9. Umarov B.M., Shoyimova Sh.S., Ro’ziyeva D.I. Pedagogika.Psixologiya. Darslik. O’zbekiston Respublikasi Oliy va o’rta maxsus ta’lim vazirligi. T.: «IJOD-PRINT» -332 bet. 2019.

10. Mirzaeva N.A., Shoyimova Sh.S., Mirzaeva Sh.R., Psychological features of distance learning, Journal Of Biomedicine And Practice 2020, Special Issue, pp.1002-1005.

11. Mirzaeva Sh.R., Shoyimova Sh.S., Mirzaeva N.A., Innovative opportunities for monitoring and evaluating the progress of students in distance learning, Journal Of Biomedicine And Practice 2020, Special Issue, pp. 998-1001.

12. Shoyimova Sh.S., Mirzaeva Sh.R., Mirzaeva N.A., Advantages of e-learning in improving the professional competence of university teachers, Journal Of Biomedicine And Practice 2020, Special Issue, pp. 1009-1012.

13. Shoyimova Sh.S., Xoshimova M.K., Mirzaeva Sh.R., Qo‘ziboyeva M.M.Ta’lim texnologiyalari – Darslik. – T.: «TURON-IQBOL», 2020. - 264 bet.

Муҳаммадиев Н.Э.

ЎЗБЕКИСТОНДА ЯНГИ МАЪРИФИЙ ЖАМИЯТНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КИТОБХОНЛИК МАДАНИЯТИНИ РИВОЖЛАНТИРИШНИНГ НАЗАРИЙ ВА АМАЛИЙ МАСАЛАЛАРИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Ўзбекистоннинг мустақил тараққиёт йўлига назар ташлайдиган бўлсак,унда 1991-2016 йилларда миллий тикланиш йўлини босиб ўтиб,2017 йилдан бошлаб эса миллий юкслиш босқичига томон шахдам қадамлар ташлаётганлигининг гувоҳи бўлиб турибмиз. Шу йиллар ичида жамият ҳаётининг барча соҳаларини ислоҳот қилиш борасида тўпланган тажрибалар шуни кўрсатадики ҳар қандай мақсадга эришишнинг асоси маърифатли жамиятни шакллантириш асосида ижтимоий,ҳуқуқий,демократик,суверен давлатни қуришдан бошланар экан, чунки маърифатсиз одам билан эса янги жамиятни қуриб бўлмайди,балки уни жаҳолат ботқоғига ботириб ташлаши мумкин экан.

1.«Маърифат» тушунчаси, унинг моҳияти ва аҳамияти. «Маърифат» арабча сўз бўлиб, ўзбек тилида билим, фан, маълумот, танишиш деган луғавий маънога эга фалсафий жиҳатдан кишиларнинг онг-билимини, маданиятини оширишга қаратилган таълим-тарбия маъносини англатади.[1.567.] Илм-фан наздида эса маърифат деганда кишилар орасида замонавий билимларни, яъни фан ва техника, санъат ва маданият, сиёсат ва ҳуқуқ, каби бир қатор илмларнинг энг сўнгги ютуқларини тарқатиш, тарғибот-ташвиқот ишлари тушунилади. Шунинг учун ҳам бевосита замонавий илм-фан, маданият ютуқларини тарқатиш билан машғул бўлган кишиларни маърифатпарварлар деб, тарқатилган ана шу илму билимлардан баҳраманд бўлганларни маърифатли кишилар деб аташади.

Ҳозирги кунда фан ва техника ривожи, ижтимоий ва сиёсий тараққиёт жуда тез суръатлар билан кечмоқда. Унинг моҳиятини англаб олиш ва шу асосда ишларни ташкил қилиш ҳар бир киши учун ҳаётий зарурат даражасига етди. Бу зарурат ҳар бир одамни

маърифатли бўлишга ундамоқда. Маърифатнинг мақсади одамларга янги фан ва техника ютуқларини, оламда содир бўлаётган ижтимоий-сиёсий тараққиётга хизмат қилувчи янгиликларни, жаҳон маданиятининг дурдоналарини етказишдир.

Инсоният ривожи тарихидан шу нарса маълумки, ҳамма вақт давлатларнинг шукуҳли салоҳияти, жамиятнинг равнақи маърифат ишларининг қай даражада ташкил этилганлигига кўп жиҳатдан боғлиқ бўлиб келган, чунки қайси бир мамлакатда маърифат ишлари оммавий тарзда, илмий асосда, мунтазам равишда тўғри йўлга қўйилган бўлса, ўша ернинг халқи, давлатнинг фуқаролари юксак билим ва манавият соҳиби бўлганлар. Шунинг учун ҳам И. А. Каримов ўзининг «Тарихий хотирасиз келажак йўқ» номли асарида: «**Жамият тараққиётининг асоси, уни муқаррар ҳалокатдан қутқариб қоладиган ягона куч – маърифатдир.** Маърифат ва маърифатпарварлик биз учун ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ, йўқотмайди ҳам. Ақл-заковатли, юксак маънавиятли кишиларни тарбиялай олсаккина, олдимизга қўйган мақсадларга эриша оламиз, юртимизда фаровонлик ва тараққиёт қарор топади. Агар шу муаммони ечолмасак, барча тоат-ибодатларимиз бир пул: тараққиёт ҳам, келажак ҳам, фаровон ҳаёт ҳам бўлмайди!», – деб ёзган эди.[2. 135.]

Юксак билимли, маънавиятли ва маърифатли халқ доимо тўқ ва бадавлат яшайди. Ҳар томонлама камол топган, бой-бадавлат ва маърифатли халқ ҳар қандай давлатнинг асосий кучи, таянчи ҳисобланади. Бундай халқ ҳеч қачон зулмат дунёсида яшашни истамайди, у доимо маърифат сари интилади. Шундай экан, ҳозирги кунда давлатлар ўзларининг замонавий қурол-яроғлари, ўқ-дорилари билан эмас, балки маърифатли ва маънавиятли одамлари билан кучли саналади.

Маърифатнинг асл моҳияти тўғрисида миллатпарвар инсон Маҳмудхўжа Беҳбудий (1874-1919) шундай ёзган эди: «Илм-маърифатсиз ҳеч бир миллат ...ҳаёт майдонида тура олмас. Хоҳ ул миллат ҳоким, хоҳ миллат маҳкум бўлсин, илм маърифатдан маҳрум бўлганлиги учун бошқа санъат ва ҳунар тожи бўлган миллатларнинг оёғи остида эзилурга мажбурдирлар... Бой бўлган миллат албатта дунёда яшай оладур. Ул миллатнинг динига эмас, ҳатто миллиятига ва шахсиятига ҳеч ким тега олмайдир... Ҳунарлик ва бой бўлмоқ учун нима лозимдир? Албатта, илм ва маърифат лозимдир... Ҳунарли ва маърифатли бўлган миллатларнинг халқлари фақир ва бечора бўлиб, дарвишлар қиёфасига кириб, гадойлик қилиб юрмайдилар» .[3.452.]

Маънавият инсон руҳий ва ақлий оламининг мажмуи бўлса, маърифат шу оламни зиёга тўлдирувчи воситадир. Қалби илм-фан, маданият зиёси билан нурга тўлган инсон ҳамма вақт имонли, эътиқодли, саховатпеша, халқпарвар бўлиб, ҳақиқат учун, адолат қарор топиши учун, тинчлик-осойишталик учун кураш олиб борадилар.

Хўш,маърифатли жамият деб нимага айтилади? Маърифатли жамият – бу катта ва кичик фуқароларнинг табиат олами ва жамият ҳаётининг барча соҳаларида бўлаётган ўзгаришларни билимли,адолатли,қўрқмас зиёли одамлар томнидан маърифат зиёсини тарқатиш орқали хабардор қилиш,уларнинг бевосита иштирокида барчанинг эҳтиёж ва манфаатларига мос келадиган ижтимоий-,ҳуқуқий,демократик,суверен давлатни бунёд этиш ва унда эркин ва фаровон яшаш таъминланган жамият демакдир. Одамларни маърифатли қилишда қўлланиладиган биринчи восита – бу китобдир,шу орқали уларнинг китобхонлик маданиятини шакллантириш натижасида янги маърифатли жамиятнинг тамал тошини қўйиш демакдир.

2. Китобнинг оддий-кундалик тушунчаси ва фалсафий таърифи. Одамзод пайдо бўлибдики,у доимо ўзини ўраб турган борлиқнинг сир-асрорларини билишга уриниб келмоқда. Шу аснода тўплаган барча билимларини жамлаб, китоб ҳолига келтирган ҳолда аждодларидан авлодларига етказиб бермоқда. Шу нуқтаи назардан қараганда, китоб – бу маънавият сарчашмаси,билимлар хазинасидир.

Хўш,шундай экан китобнинг ўзи нима деган савол туғилади.Бу саволга икки хил,яъни бирон бир буюм-нарса тариқасида ва фалсафий маънода жавоб бериш мумкин. Буюм-нарса тариқасида: “Китоб – арабча «ёзилган»,«-муқоваланган асар» деган сўзлардан олинган бўлиб,маълум матнли варақлардан иборат,-жузлаб тикилган, муқоваланган, ҳажми 48 саҳифадан кам бўлмаган босма асардир».[4. 376.] Фалсафий маънода эса китоб – бу моддий ва маънавий оламда юз берган ва бераётган нарса, воқеа, ҳодиса, жараёнларнинг пайдо бўлиши, шаклланиши ва ривожланиши, улар-



нинг бошқа нарсаларга айланиб янгиланиб бориши ҳақидаги билимларни ўзида мужассамлаштирган, уларни аждодлардан авлодларга етказиб беришга хизмат қиладиган илмий ва бадиий аҳамиятга эга бўлган асардир.

Китобларни жамият тараққиётидаги ўрнига кўра катта учта гуруҳга ажратиш мумкин.

1. Табиат сир-асрорини ўрганиш натижасида ҳосил қилинган билимларни ўзида мужассамлаштирган табиатшуносликка оид китоблар. Масалан, физика, кимё, биология, механика ва бошқалар.

2. Жамият сир-асрорини ўрганиш натижасида ҳосил қилинган билимларни ўзида мужассамлаштирган жамиятшуносликка оид китоблар. Масалан, тарих,фалсафа,миллий ғоя ва макура ва бошқалар.

3. Жамиятнинг маънавий ҳаётини гўзал ички туйғулар ёки изтироблар, муҳаббатдаги садоқат ва хиёнатни, ёшлик ғурури, кексаклик донишмандлигини, ота-оналарнинг қадр-қимматини ўзида акс эттирган бадиий китоблар. Масалан, Муҳаммад Юсуфнинг шеърлар тўплами, Мирза Кенжабекнинг тазкиралари,-Муҳаммад Алининг тарихий романлари шулар жумласидандир.

Китобларни соҳаларда қўлланилиш соҳаларига қараб яна бир нечта турларга ажратиш мумкин. Масалан, ҳуқуқшунослик илмига оид китобларни: конституциявий ҳуқуқ, жиноят ҳуқуқи, инсон ҳуқуқи, тезкор-қидирув ҳуқуқи; тиббиётшунослик соҳасига оид китобларни: терапия, неврология, педиатрия, урология ва бошқа шунга ўхшаш турларга ажратиш мумкин. Хуллас, китоб ҳар қандай билим соҳасининг ажралмас атрибутидир. Китобсиз – илм, илмсиз – китоб бўлмайди.

2. Тиббиёт ходимларининг китоб мутолааси ва китобхонлик маданиятини оширишнинг устувор йўналишлари. Бугунги кунда мамлакатимизда Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йиллардаги Тараққиёт стратегиясининг еттита устувор йўналиши бўйича барча соҳа ва тармоқларда улкан ўзгаришлар амалга оширилмоқда. Бу борада жамият ҳаётида эзгу қадрият ва анъаналарни чуқур қарор топтиришга, хусусан, халқимиз, айниқса, ёш авлоднинг маънавий-интеллектуал салоҳияти, онгу тафаккури ва дунёқарашини юксалтиришда, она Ватани ва халқига муҳаббат ва садоқат туйғуси билан яшайдиган баркамол шахсни тарбиялашда беқиёс аҳамиятга эга бўлган китобхонлик маданиятини оширишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бунга сабаб ҳозирги кунда ёшларимизнинг китобхонлик маданиятини шакллантириш ва ривожлантиришнинг миллий ғоя ва мафкурани уларнинг қалби ва онгига сингдириш борасида ўрни ҳақида мамлакатимиз Президенти **Ш.М. Мирзиёев**: ”Инсон маънавий оламини бойитишда улкан таъсирга эга бўлган китоб ҳақида сўз очилган экан, шу билан боғлиқ муҳим бир масалага эътиборингизни қаратмоқчиман. Яъни, бугунги кунда жамиятимизда китобхонлик даражаси қандай? У бизни қониқтирадими? Ким кейинги пайтда қайси китобни ўқиди, фарзандимизга қандай китоб олиб бердик?

Афсуски, кўп ҳолларда бу саволларга ижобий жавоб беришимиз қийин.

Одамларнинг онгу тафаккури, дунёқарашини ўзгартириш, маънавий савиясини юксалтириш ҳақида кўп гапирамиз. Лекин бу борада энг оддий ва айни пайтда энг таъсирчан восита - бу китоб эмасми? **Мен шунга аминман - китобсиз тараққиётга, юксак маънавиятга эришиб бўлмайди. Китоб ўқимаган одамнинг ҳам, миллатнинг ҳам келажаги йўқ.**

Албатта, ҳозирги вақтда ахборот-коммуникация соҳаси шиддат билан ривожланмоқда, телевидение, радио, интернет, компьютер, мобиль телефон кундалик ҳаётимиздан чуқур жой олмоқда. Биз ана шу имкониятлардан самарали фойдаланиб, мамлакатимизда ёшларнинг китоб ўқишга бўлган қизиқишини кучайтириш, аҳолининг китобхонлик савиясини янада оширишга алоҳида эътибор қаратишимиз лозим.

Таълим-тарбия муассасалари, орган ва ташкилотлар, меҳнат жамоаларида шу масала бўйича турли танлов, фестиваль ва акциялар, китоб байрамларини ташкил этишимиз керак. Мавжуд ахборот-ресурс марказларини бойитиш, кутубхоналар йўқ жойларда уларни ташкил этишимиз лозим. Ота-боболаримиздан қолган яхши анъаналарни давом эттириб, навоийхонлик, бобурхонлик, машрабхонлик кечалари ўтказсак,керак бўлса,бадиий асрларни телевидение орқали ўқитишни йўлга қўйсак [5.114.]. Энг муҳими,фарзандларимизни ёшлик чоғидан китобга меҳр қўйиш,мустақил фикр юритиш,мураккаб ҳаётий вазиятларда тўғри жавоб топиш кўникмасини шакллантириш,бунинг учун тегишли ташкилий ишларни амалга оширишимиз даркор”,[6. 469.]– деган эди.



3. Китоб мутолааси ва китобхонлик маданиятини оширишнинг устувор йўналишлари. Шу мақсадда Ўзбекистон Республикаси Президенти 2017 йил 12 январда “ Китоб маҳсулотларини чоп этиш ва тарқатиш тизимини ривожлантириш,китоб мутолааси ва китобхонлик маданиятини ошириш ҳамда тарғибот қилиш бўйича коммиссия тузиш тўғрисида” Фармойиш, 2017 йил 13 сентябрда “Китоб маҳсулотларини нашр этиш ва тарқатиш тизимини ривожлантириш, китоб мутолааси ва китобхонлик маданиятини ошириш ҳамда тарғиб қилиш бўйича комплекс чора-тадбирлар дастури тўғрисида” Қарор қабул қилди.

Мазкур қарорда аҳолининг китоб мутоласини ошириш, ёшларнинг китобхонлик маданиятини шакллантириш ва ривожлантириш бўйича қуйидаги устувор йўналишлар ва уларни амалга ошириш бўйича чора-тадбирлар дастури белгилаб берилди. Булар: 1) халқимиз, аввало, ёшларнинг маънавий-маърифий, бадиий-эстетик талабларига жавоб берадиган китобларни юксак сифат билан чоп этиш; 2) жойларга, таълим муассасаларига вақтида ва мақбул нархларда етказиб бериш; миллий ва жаҳон адабиётининг энг сара намуналарини таржима қилиш; 3) фарзандларимизда болаликдан бошлаб китоб, жумладан, электрон китоб ўқиш кўникмасини шакллантириш асосида аҳолининг мутолаа маданиятини юксалтириш мақсадида: ижтимоий аҳамиятга эга бўлган китобларни, айниқса, болаларга мўлжалланган адабиётларни чоп этишни давлат томонидан қўллаб-қувватлаш; 4) адабий-бадиий, ўқув-услубий, илмий-назарий, илмий-оммабоп ва кўргазмали адабиётларни чоп этиш ва тарқатиш тизимини такомиллаштириш, ихтисослаштирилган китоб дўконлари фаолиятини ривожлантириш; 5) китоб тарқатиш тизимини янада ривожлантириш ва китоб маҳсулотларининг нархини шакллантириш ва сотиш бўйича аниқ механизмларни ишлаб чиқиш чораларини белгилаш; 6) таълим муассасалари ахборот-ресурс марказларининг кутубхона фондлари, кутубхоналар, ташкилот ва муассасаларнинг “Маънавият хоналари”ни ўқув-услубий, техник адабиётлар, адабий-бадиий, маърифий ва илмий-оммабоп китоблар билан бойитиш; 7) мазмунан саёз, миллий маънавият ва қадриятларимизга, ахлоқ меъёрларига мос келмайдиган, ёшлар тарбиясига салбий таъсир кўрсатиши мумкин бўлган адабиётларни тайёрлаш, босиб чиқариш ва тарқатишнинг олдини олиш чораларини кўриш; 8) китоб мутолааси ва китобхонлик маданиятини оширишга доир тарғибот ишларини тизимли ва самарали ташкил этиш, бу борада китобхонлар, кутубхоначи ва тарғиботчилар ўртасида “Энг китобхон мактаб”, “Энг китобхон маҳалла”, “Энг китобхон оила”, “Энг фаол кутубхоначи” каби кўрик-танловларнинг саралаш ва республика босқичларини юқори савияда ўтказишни йўлга қўйиш каби вазифаларни амалда бажаришдан иборат.

3. Тиббиёт ходимлари китобхонлик маданияти тушунчаси,уни шакллантириш ва ривожлантиришга қаратилган чора-тадбирлар. Тиббиёт ходимларининг касб ахлоқи ва нафосатини шакллантиришда,уларнинг китобхонлик маданиятини шакллантириш ва ривожлантириш муҳим аҳамият касб этади. Бунда Тиббиёт ходимларининг китобхонлик маданияти деб иқтидорли шахслар,олимлар жамоаси томонидан табиат,жамият,инсоннинг ахлоқий ва эстетик оламини теран ўрганиш асосида ёзилган табиий-тиббий, илмий-техникавий, сиёсий-ҳуқуқий, ижтимоий- иқтисодий, ахлоқий ва эстетик адабиётларни узлуксиз тарзда ўқиб бориш,уларни мантиқан таҳлил қилиш,ўзига тегишли хулосалар чиқариб олиш,илҳомлантириш,завқлантириш хусусиятларига эга бўлган зарурий китобларини фуқаролар ўртасида тарғибот-ташвиқот қилишни ташкил этиш асосида ҳар қандай касалликларнинг олдини олишга қаратилган тизимли амалий хатти-ҳаракатларга айтилади.

Тиббиёт ходимларининг китобхонлик маданияти шакллантириш ва ривожлантириш чора-тадбирлар жумласига қуйидагилар:

1) авлодлардан аждодларга ўтиб келаётган чуқур ҳаётий мазмунга эга бўлган китобларни топиш,айниқса касалликларнинг олдини олиш ва хасталарни даволаш;

2) ҳозирги кунда ёзилган табиий-тиббий, илмий-техникавий китобларни ўқиб,улардан амалиётда фойдалиниш режаларини тузиш;

3) ижтимоий-иқтисодий ҳаётга оид китобларни ўқитиш, шу асосда ўзи хизмат қилаётган худуддаги аҳволга баҳо бериш;

4) сиёсий-ҳуқуқий адабиётларни ўқитиш заминида жаҳонда юз бераётган сиёсий воқеаларнинг мағзини чақиш, ҳуқуқшунослик ва қонун ижодкорлигида юз бераётган ўзгаришлардан тезликда хабардор бўлишини таъминлаш;

5) бадиий, ахлоқий ва эстетик адабиёт-

ларни ўқиш асносида, ҳар бир ходимнинг қалбида адолат ва она-Ватанга бўлган ҳис-туйғусини ўстириш;

6) ўрганиш лозим деб топилган китоблар асосида аҳоли,айниқса тарбияси оғир бўлган ёшлар ўртасида китобхонлик кечаларини ўтказиш ишларини ташкил этиш;

7) савияси паст, миллий ғоя ва мафкурамизга зид бўлган китобларнинг аҳоли орасида тарқалиб кетмаслигининг олдини олиш ва шу кабилар киради.

Хулоса ўрнида шуни айтиш мумкинки, китоб – бу илм сарчашмаси, маънавият хазинасидир. Китоб ўқимаган одамда ахлоқийлик ва гўзалликни, адолатни ҳис этиб, завқ-шавқ билан яшашдан дарак ҳам бўлмайди. Айниқса,халқни бунёдкорлик йўлида ахлоқий-маънавий,эстетик жиҳатдан тарбиялаш мақсадида ёзилган китобларни нашр қилдиришга тўсқинлик қилган мансабдор шахс – маънавий жиҳатдан ожиз, кўрлик ва карлик балосига йўлиққан одамдир, олиму-фозилларнинг қарғишига учраган кимсадир. Демак, Ш.М.Мирзиёев ёзганидек: ”Хусусан,ёшлар ўртасида китобхонликни,мутолаа маданиятини ривожлантириш доимий эътиборимиз марказида бўлиши лозим”[7.257.]

Адабиётлар

1. Ўзбек тилининг изоҳли луғати. Ж.2. Т.: “Ўзбекистон миллий энциклопедияси” Давлат илмий нашриёти, 2006:567.
2. Каримов И.А. Тарихий хотирасиз келажак йўқ. Унинг ўзи. Биз келажагимизни ўз қўлимиз билан қурамиз. Т.7. – Т.:” Ўзбекистон”.1999:135.
3. Ўзбек педагогикаси антологияси. Икки жилдли. Ж. 1. Т.: Ўқитувчи, 1995:452.
4. Ўзбек тилининг изоҳли луғати. Ж.2.–Т.: “Ўзбекистон миллий энциклопедияси” Давлат илмий нашриёти, 2006:376.
5. Мирзиёев Ш.М. Мамлакатимизнинг жавоҳир хазинаси. Унинг ўзи. Буюк келажагимизни мард ва олижаноб халқимиз билан бирга қурамиз. – Т.:. Ўзбекистон,2017.– Б.114.
6. Мирзиёев Ш.М. Тошкент–барчамиз учун онадек улуғ ва мўътабардир // Унинг ўзи. Буюк келажагимизни мард ва олижаноб халқимиз билан бирга қурамиз. – Т.:. Ўзбекистон,2017.– Б.469.

Муҳаммадиев Н.Э., Юсупов М.С.

САЛОМАТЛИК ВА ХАСТАЛИК – ЖАМИЯТ ТИББИЙ ҲАЁТИНИНГ ЗИДДИЯТЛИ АТРИБУТЛАРИДИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Ш. Рашидов номидаги Самарқанд давлат университети

Жамият мураккаб тузилишга эга бўлган ижтимоий феномендир. У ўзининг соҳавий тузилишига қараб бир неча таркибий қисмлардан ташкил топган бўлади. Масалан,жамиятнинг иқтисодий ҳаёти,жамиятнинг маънавий ҳаёти ва шу кабилар.. Шу нуқтаи назардан қараганда ҳеч иккиланмасдан айтиш мумкинки,жамиятнинг тиббий ҳаёти ҳам мавжуддир.

Жамиятнинг тиббий ҳаёти деб биоижтимоий мавжудот бўлган инсоният оламининг соғлигини сақлаш,умрини узайтириш,ҳар хил касалликларнинг олдини олиш ва хасталикларга қарши курашиш, келгусида соғлом инсон наслини вужудга келтириш ва тарбиялаб вояга етказиш, уларни меҳнат капиталининг фаол аъзосига айлантириш учун фаолият юритиш орқали узлуксиз тарзда такомиллашиб борадиган ижтимоий-тиббий муносабатлар мажмуига айтилади.

Демак,жамият тиббиёт ҳаётининг дастлабки хусусияти - бу унинг онтологик асосга,яъни биринчи навбатда биоижтимоий мавжудод бўлган инсоният оламининг реал мавжудлиги, уларнинг жисмоний тана ва маънавий вужудида амалда соғломлик ёки хасталикларнинг бор ёки йўқ эканлиги, гносеологик асосга,яъни эса ана шу жисмоний тана ва маънавий вужуддаги саломатлилик ёки хасталиклар даражасини билишга қаратилган тиббий билиш,клиник тафаккур тарзи ташкил қилади. Аниқроғи,ўзининг соғлигини англаб етишга қаратилган онги,билими,ўрганган китоблари,даволаниш ҳақидаги фикрлари,ўзгаларга бўлган маънавий-ахлоқий муносабатлари киради.

Жамият тиббий ҳаётининг мазмун-моҳиятини,унинг таркибий тузилишини ўзида ифодаловчи асосий фалсафий категориялардан бирини “Саломатлик” ва “Касаллик” тушун-



чалари ташкил қилади. Ушбу тушунчаларнинг мазмун-моҳиятини билмасдан, илмий-амалий аҳамиятини аниқламасдан туриб жамиятнинг тиббий ҳаётини,унинг барқарорлигини таъминловчи омиллардан бири бўлган аҳолининг тиббий маданиятини шакллантириш ва ривожлантириш, уни глобаллашув даври талабларига мос равишда тубдан ўзгартириш масаласини ҳал қилиб бўлмайди. Шунинг учун ҳам Ш.М.Мирзиёев:" Биз ўз фаолиятимизни бошлаган дастлабки кунлардан эътиборан сиз, ҳурматли халқ вакиллари билан барча муҳим вазифаларимиз қаторида иккита энг асосий масалага алоҳида аҳамият қаратиш ҳақида келишиб олган эдик. Буларнинг биринчиси - жамиятимизда тинчлик ва осойишталикни сақлаш бўлса, иккинчиси - аҳолимизнинг соғлиғини муҳофаза қилишдир.

Ҳаммамиз тушунамиз, тинчлик ва соғлиқ – бу ҳар бир инсон, бутун халқимиз учун ҳеч нарса билан ўлчаб, баҳолаб бўлмайдиган буюк неъматдир. Шунинг учун ҳам мана шу икки соҳада биз аҳволни тубдан ўзгартириб, ижобий натижаларга эриша олсак, бутун жамиятимиздаги вазият ва ижтимоий муҳит кескин ўзгаради, мен бунга аминман"[1],– деган эди [1.154.].

Хўш,шундай экан саломатлик деб нимага айтилади,деган савол туғилади. Бу саволга қадимги замонлардан бошлаб ҳозирги кунгача файласуфлар,шифокорлар,табиблар ва бошқа соҳа олимлари томонидан жуда кўплаб фикрлар баён қилинган. Масалан, милоддан аввалги 460-377 йилларда яшаб ўтган қадимги Юнонистоннинг машҳур файласуф-табиби Гиппократ:" Соғломлик – бу ташқи табиий муҳитнинг инсон организмига таъсири туфайли пайдо бўладиган ва ривожланадиган ҳолатдир"[2],– деган бўлса[2.60.], Афлотун эса:" Одам ҳаётини абадий руҳ бошқаради. У учта — ақлий, ҳайвоний ва ўсимлик руҳиларидан иборат. Ақлий руҳ бош мияда жойлашган, ҳайвоний руҳ юракда ва қонда жойлашган, ўсимлик руҳи эса жигарда бўлади. Булардан энг муҳими ҳайвоний руҳ, у танага иссиқлик ва ҳаракат бағишлайди. Жигардаги ўсимлик руҳи эса организмни озиқ билан таъминлайди. Бу учала руҳ учта мавҳум куч ёрдамида ҳаракат қилади. Соғломлик ҳам, Касаллик ҳам шу учта руҳга боғлиқ. Одам шу руҳларнинг таъсиридан четга чиқмай яшаса, саломат, агар четга чекинса, Касаллик пайдо бўлади»[3],– деган[3.23.] фикрни илгари сурган ҳолда одамлардаги соғломлик ва беморликни руҳларга боғлайди.

Буюк аждодларимиздан энг машҳури Шайхурраис Абу Али ибн Сино(980-1037) ўзининг "Тиб қонунлари" номли қомусий асарида:" Бирор кишининг «одам гавдасининг ҳоли уч хил бўлади: соғлиқ, Касаллик, учинчиси соғлиққа ҳам, Касалликка ҳам қўшилмайдиган бир ҳолат; ҳолбуки, сен икки хилгина қилиб қўя қолдинг» дейиши тўғри эмас, чунки шундай баҳсни қилувчи киши яхши ўйласа, икки нарсадан ташқари, учинчи бир ҳолатнинг бўлмаслигини ва бизнинг учинчи ҳолат баёнига муҳтож эмаслигимизни тушунади. Агар учинчи ҳолат лозим бўлса, албатта, бизнинг «гавданинг носоғлиғи» деган сўзимиз Касалликни ҳамда соғлиқ таърифига сиғмайдиган учинчи бир ҳолатни ўз ичига олган бўлади. Соғлиқ шундай малака ёки ҳолдирки, у сабабли аъзолардан соғлом ишлар вужудга чиқади. Соғлиқ учун бу таърифга муқобил: кела оладиган бирон ўзга таъриф йўқ. Лекин баҳс қилувчилар соғлиқни ўзларича таъриф қилиб, ўзларига ҳам керак бўлмайдиган шартларни соғлиқ таърифига киритиб юборадилар. Бу тўғрида табиблар билан баҳслашиб ўтиришга ўрин йўқ. Табиблар ҳам бу каби нарсалар ҳақида мунозара қиладиган кишилардан эмаслар. Табиблар билан ёки уларнинг фикрига қўшилмовчи кишилар билан мунозара қилиш тибда бирор фойда етказмайди ҳам. Аммо бу масалада ҳақиқатни билиш бошқа фан, яъни мантиқ фанининг қоидаларига тегишлидир. Ҳақиқат мантиқ фанидан талаб қилинсин!"[4],– деб ёзган эди.

"Саломатлик" тушунчасига берилган мазкур таърифлардан ҳам кўриниб турибдики,уларда: биринчидан, ташқи табиий муҳитнинг ҳал қилувчи роли; иккинчидан,қандайдир мутлақ руҳнинг башқарувчанлиги; учинчидан, бутун олам асосини ташкил этувчи бирламчи унсурлар; тўртинчидан, одам организми аъзоларининг функционал вазифаларини бажа-

1 ***Мирзиёев Ш.М***. Олий Мажлис Сенатининг йигирмаанчи ялпи мажлисидаги нутқ// *Унинг ўзи*.Нияти улуғ халқнинг иши ҳам улуғ,ҳаёти ёруғ ва келажаги фаровон бўлади. 3-жилд. – Тошкент:"Ўзбекистон" НМИУ,2019. – Б.154 (400 б.)

2 Гиппократ. О враче 1. Этика и общая медицина. — СПб.: Азбука, 2001. — С. 60.

3 Чикин С.Я. Врачи – философы. – М.: Медицина,1990. –С.23.

4 Абу Али ибн Сино. Тиб қонунлари. Уч жилдлик сайланма. 1-жилд. – Тошкент: Абдулла Қадирий номидаги халқ мероси нашриёти,1992. – Б.12. (304 б.)

ришдаги ҳолати кабилар асос қилиб олинган. Масалага бундай тарзда ёндашишга, биринчидан,инсоннинг саломатлигини сақлаш борасидаги мавжуд бўлган шарт-шароитлар; иккинчидан, инсоннинг саломатлигини сақлашга хизмат қилувчи дори-дармонларнинг етарлича эмаслиги; учинчидан, жамиятда ҳукумрон бўлган фалсафий дунёқараш талабларини бажаришнинг қатъийлиги; тўртинчидан, ҳукумрон доираларнинг бутун мамлакат аҳолисининг эмас, балки биринчи навбатда ўзининг, оиласининг, қариндош-уруғларининг соғлигини сақлаш борасида қайғурганликлари сабаб бўлган.

XX аср ўрталаридан XXI аср бошларига келиб тиббиёт соҳасида одамнинг тана ва организмининг таркибий тузилишини,уларнинг бажарадиган функцияларини,уларга табиий ва ижтимоий муҳитнинг таъсирини, инсон онгининг соғлиқни сақлашдаги ўзига хос жиҳатларини, тиббиётда янги техника ва технологияларни қўллаш, аҳолининг соғлиги ҳақидаги маълумотларни глобал даражада ахборотлаштириш, соғлиқни сақлаш тизимида кечаётган жараёнларни компьютерда моделлаштириш, даволашда нанатехнологиялардан фойдаланиш, хужайранинг ДНК ВА РНК си сирларини очиш борасида буюк кашфиётлар қилинди ва олинган натижалар бевосита амалиётда қўлланила бошлади. Бу эса ўз навбатида “Саломатик” ҳақидаги анъанавий тушунчанинг фалсафий мазмунини янада кенгайтириб юборди ва уни янги илм-фан ютуқлари асосида фалсафий жиҳатдан қайтадан англаш заруриятини келтириб чиқарди.

Шунга кўра глобаллашув шароитида юз бераётган ўзгаришлар ва мамлакатимизда инсон саломатлигини сақлаш учун амалга оширилаётган илмий-амалий ишлар,олиб борилаётган ислоҳотларнинг мазмун-моҳиятидан келиб чиққан ҳолда “Соғломлик” тушунчасига қуйидагича таъриф бериш мумкин деб ҳисоблаймиз.

Жамиятнинг соғломлиги – бу жамият аъзоларининг соғломлик ва касаллик ўртасидаги курашда тирик қолиши учун моддий ва маънавий қадриятларни яратиш,унга амал қилиш асосида сермазмун ҳаёт кечириши борасида шарт-шароитлар яратиб беришга қаратилган имкониятлар ҳолатидир.

Хўш,шундай экан саломатликнинг зидди бўлган касаллик(беморлик,хасталик) нима деган савол туғилади? Бу саволга ҳам одамлар жуда қадимдан бошлаб жавоб топишга ҳаракат қилганлар.

Шу жойда бир нарсага диққатни қаратиш зарурлигини,яъни одамзод пайдо бўлмасдан олдин ҳайонлар инстинкт тарзда касалликлардан холи бўлиш учун шифобахш ўсимликларни топиб истеъмол қилганлар.Демак,ҳайвонлардаги бу кўникмалар фақат биогенез доирасидагина содир бўлган. Бу даврни ҳайвонот оламининг касалликлардан холи бўлиш учун олиб борадиган курашларининг биогенез босқичи деб аташ мумкин. Ҳайвонот олами мавжуд экан, бу босқич асло тугамайди,гоҳида инқирозга,гоҳида ривожланишга юз тутган ҳолда давом этаверади. Демак,бу жараённи ҳайвонот оламининг яшаш учун курашдаги табиат қонуни сифатида тадқиқ қилиш мақсадга мувофиқдир.

Касалликларнинг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш,уларни таснифлаш,таърифлаш ва ундан фориғ бўлиш чора-тадбирларини излаш билан одамлар жуда қадим замонлардан бери шуғулланиб келадилар.

Тиббиёт тарихида касаллик ва уни даволаш масаласида келтирилган таъриф,тавсиф ва таклифларни фалсафий жиҳатдан таҳлил қилган ҳолда касалликларни қуйидаги асосий хусусиятларига кўра таърифлаш ва тавсифлаш мумкин деб ҳисоблаймиз.

1. Касалликнинг ривожланишида ташқи табиий –муҳит, яъни кўпроқ биологик омиллар етакчи роль ўйнайди. Чунки, инсоннинг хасталанишида, инсон организмнинг ички хусусиятлари табиат (атроф-муҳит) омиллари таъсирида юзага келадиган ва маҳкам ўрнашиб (шу қаторда ирсий механизмлар билан) оладиган ўзгаришлар касалликнинг бошланишида етакчи роль ўйнаши мумкин. Шу нуқтаи назардан қараганда, касаллик деб инсоннинг жисмоний танасидаги барча организмларининг табиат муҳитига мослаша олмаганлиги туфайли ўзининг функционал вазифаларини тўлиқ бажариш учун имкониятининг чекланганлик даражаларига айтилади.

2. Касалликнинг ривожланишида руҳий-физиологик сезги, идрок, хотира, хаёл, диққат, тафаккур, нутқ, ҳиссиёт, ирода, кўникма, малака, одат, темперамент, қобилият каби психофизиологик хусусиятларнинг функционал вазифаларини қанчалик даражада бажариши,яъни организмнинг ҳимоя ва мослашувчан механизмлари катта аҳамиятга эга. Касалликнинг ривожланиши кўп жиҳат-



дан ушбу механизмларнинг такомиллашишига, уларнинг патологик жараёнга қўшилиш ҳажми ва тезлигига боғлиқ. Зеро,шундай экан одамларда касалликнинг ривожланишига психоген омиллар катта таъсир кўрсатади. Шунга кўра, касаллик(руҳий хасталик)деб инсонга хос бўлган руҳий хусусиятлардан сезги, идрок, хотира, хаёл, тафаккур, нутқ, диққат, ҳиссиёт, ирода, кўникма,малака ва одатлардан бирининг етарли даражада функционал вазифаларини бажара ололмаслиги туфайли келиб чиқадиган руҳий аномалияларни ўзида мужассамлаштирган кишиларнинг қобилият даражаларига айтилади.

3. Касаллик – бу фақат ташқи табиатнинг салбий таъсири ёки одам руҳиятидаги бузилишларигина ҳам эмас, у айни вақтда иқтисодий шарт-шароитлардан ташкил топган ижтимоий муҳит томонидан келиб чиқарадиган салбий оқибатларнинг ҳам маҳсулидир. Шунга кўра, касаллик деб инсоннинг яшашини таъминловчи моддий ва маънавий ишлаб чиқариш жараёнида меҳнат қилиши учун етарли даражада яратилмаган табиий,руҳий ва ижтимоий муҳит таъсирида юзага келган ижтимоий-иқтисодий муносабатлар тизимидаги номутаносибликлар туфайли турли хил касалликларга гирифтор қилинган одам наслига айтилади.

Фалсафий мантиқ жиҳатидан касалликнинг амал қилишини қуйидаги даврлари ажратилади:

1. Касалликни келтириб чиқарувчи восита таъсирининг бошланиши ва касалликнинг биринчи аломатларининг бошланиши ўртасидаги давр. Бу бир неча сониядан (масалан, кучли заҳарлар билан заҳарланганда) ўнлаб йилларгача давом этиши мумкин (масалан, мохов касаллиги пайтида).

2. Касалликнинг дастлабки белгиларининг пайдо бўлиши даври.Унда касаллик номаълум ўзига хос хусусиятга эга бўлиши мумкин (иситма, чарчоқ, умумий бузилиш ва бошқалар.

3. Касалликнинг тўлиқ ривожланиш даври, давомийлиги бир неча кундан ўнлаб йилларгача (сил, сифилиз, мохов).

4. Касалликнинг тугаши,яъни тикланиш, тузалиш ёки батамом тугаши даври .

5. Касалликнинг намоён бўлишининг кўпайиши ва йўқолишига қараб ўткир ва сурункали кечиши даври.

6. Касалликнинг бевосита сабаби билан боғлиқ бўлмаган, аммо унинг ривожланиши натижасида пайдо бўладиган қўшимча ўзгаришлар қўшилишидан келиб чиқадиган асорат қолдириш даври. (Асоратлар касалликни кучайтиради ва баъзида нохуш оқибатларга олиб келади.)

Умуман олганда ҳар қандай касалликларнинг натижаси қуйидагича: тўлиқ тикланиш, асорат билан тикланиш, аъзоларнинг доимий ўзгариши, баъзида касалликнинг узоқ муддатли оқибатлари ўлим шаклида бўлиши мумкин.

Одамга хос бўлган касалликларини моҳияти бўйича қуйидагича таснифлаш қабул қилинган: Биринчидан,ўткир ва сурункали;иккинчидан, организмда касалликнинг ўзига хос патологик ўзгаришлар аниқланадиган даражаси бўйича: молекуляр,хромосома,уяли,мато,орган, бутун организм касалликлари; учинчидан,этиологик омил бўйича:механик сабаб, жисмоний, кимёвий,биологик,психоген омиллар;тўртинчидан,даволаш усулига кўра: терапевтик,жарроҳлик ва бошқалар.

Соғломлик ва беморлик тушучаларинг маъно-мазмунини фалсафий жиҳатдан идрок қилмасдан,уларнинг қандай турлари борлигини билмасдан,келтириб чиқарадиган оқибатларини англамасдан туриб одамларнинг,қолаверса бутун жамиятнинг тиббий маданиятини шакллантириш ва ривожлантириш ҳақида фикр юритиш “ сўз” ўйинидан бошқа нарса эмас.

Ўзбекистонда жамиятнинг янгиланиб бориш шароитида “ Соғлиқни сақлаш соҳаси ривожига салбий таъсир кўрсатаётган ҳолатларга барҳам бериш ва мавжуд муаммоларни бартараф этиш борасида устувор вазифалар” қилиб: тиббиёт ходимларининг масъулияти ва ҳимояланганлигини кучайтиришга қаратилган тўғридан- тўғри таъсир қилувчи қонунларни қабул қилиш орқали такомиллаштириш; ҳудудларда соғлиқни сақлашни ташкил этишнинг “кластер” моделини шакллантириш, тиббиёт ва фармацевтика муассасаларини аккредитация қилиш, шифокорлик ва фармацевтик фаолиятни лицензиялаш тизимини жорий этиш; тиббиёт соҳасини молиялаштириш тизимини такомиллаштириш, давлат томонидан кафолатланган бепул тиббий ёрдам ҳажмини белгилашда маҳаллий хусусиятларни ҳисобга олиш; тиббий хизматлар учун клиник-харажат гуруҳлари бўйича “ҳар бир даволанган ҳолат” учун тўлаш тизимини ҳамда киши бошига молиялаштиришнинг янги механизмларини жорий қилиш, шунингдек, мажбурий тиб-



бий суғуртани босқичма-босқич жорий этиш; тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш вадаволашнинг юқори технологик усулларини жорий этиш ва шу кабилар белгиланди.

Адабиётлар

1. Мирзиёев Ш.М. Олий Мажлис Сенатининг йигирманчи ялпи мажлисидаги нутқ. Унинг ўзи.Нияти улуғ халқнинг иши ҳам улуғ,ҳаёти ёруғ ва келажаги фаровон бўлади. 3-жилд. Тошкент:"Ўзбекистон" НМИУ, 2019:154.
2. Гиппократ. О враче 1. Этика и общая медицина. СПб.: Азбука, 2001:60.
3. Чикин С.Я. Врачи – философы. М.: Медицина,1990:23.

Куйлиев Б.Т.

СИЁСИЙ ПСИХОЛОГИК МАНИПУЛЯЦИЯ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Жамиятимиздаги бугунги янгиланиш, ривожланиш ва тараққиёт жараёнида маънавият ва ахлоқ тушунчалари муҳим аҳамиятга эга. Шахснинг маънавий юксалиши ва жамиятнинг маънавий бойлигини сақлаш муҳим қийматга эгадир. Мустақил Ўзбекистон ўзининг буюк келажагини билимли, доно, салоҳиятли, меҳнатсевар, юксак маънавиятли, жисмонан соғлом авлодлар тимсолида кўради. Бундай талабларга жавоб бера оладиган кадрларни тайёрлаш, ёшларнинг ахлоқий даражасига масъуллик ва ҳар томонлама камол топган замон кишисини тарбиялаш давлатимизнинг устувор вазифаларидан саналади. Бунинг учун эса ёшларни қадимий ва ҳар доим замонавий бўлиб келган ахлоқни, маънавият тушунчаларини янада аниқ, изчил таништириш, янгича ёндашувлар асосидагина амалга оширса мақсадга мувофиқ бўлади. Янгича ёндашувлардан бири − замонавий комил инсон, анъанавий ахлоқий қадриятлар билан йўғрилган, ахлоқий фазилатларни ўз руҳий оламига сингдирган етук шахс бўлмоғи лозим. Тарбия хакида Абдулла Авлоний: "Тарбия биз учун ё ҳаёт — ё мамот, ё нажот — ё ҳалокат, ё саодат — ё фалокат масаласидир", дея таъкидлаганида ҳам катта маъно мужассам.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.М.Мирзиёев "Янги Ўзбекистон стратегияси" китобида тўғри таъкидлаганидек: "Биринчи навбатда, ёшларнинг онгу-тафаккурини маърифат асосида шакллантириш ва тарбиялаш энг муҳим вазифадир. Ва бунда мамлакатимиз асрлар давомида жаҳон цивилизациясининг ажралмас қисми, умуминсоний маданият марказларидан бири бўлиб келганини акс эттирадиган илмий-тарихий ва ижтимоий-фалсафий концепцияни самарали амалга ошириш лозим "[1].

Илм-фан, техника ва технологиянинг шиддатли ривожланиши жамият ҳаётининг барча соҳаларида янгиликлар яратиш, мавжуд назария ва ғояларни такомиллаштиришни тақозо этмоқда. Асрлар давомида жамиятда рўй бераётган ижтимоий-иқтисодий ўзгаришлар таълим – тарбия тизимига ҳам ўз таъсирини ўтказган. Шу сабабли ижтимоий, иқтисодий ва маданий соҳаларда рўй бераётган туб ўзгаришлар, янгиланишларга мувофиқ равишда таълим- тарбия мазмуни ҳам такомиллашиб бориши лозим. Мазкур талабнинг тўла қондирилишида таълим муассасаларида фаолият олиб бораётган ўқитувчи (педагог)ларнинг ижтимоий, иқтисодий ва маданий ўзгаришлар моҳиятини англай олишлари, таълим-тарбия жараёнининг уларга мос келишини таъминлашлари муҳим аҳамият касб этади. Таълим-тарбия жараёнида интеграциялашган тарбия ва таълимнинг устувор ўрин эгаллаши жамият ва таълим- тарбия ўртасида ўзаро алоқадорликни қарор топтиради.

Маънавиятнинг ахлоқий мезонлари муайян шароитларда шаклланади ва шу маънода миллий муҳит уларнинг янада ривожланишига кўмак беради, жамият аъзолари бундан ўзларига керакли фазилатларни олади. Айнан шу белгилар кишиларни бир-бирига яқинлаштиради, улардаги муштаракликни намоён этади.

1 Мирзиёев Ш. Янги Ўзбекистон стратегияси.Т.: "Ўзбекистон" нашриёти., 2021. -Б. 302.



Маънавиятнинг ахлоқий мезонларини ахлоқ, одоб, инсонпарварлик, эзгулик, меҳр-мурувват каби инсоний фазилатлар ташкил этади. “Маънавият”луғатида унга қуйидагича изоҳ берилган:

“Маънавият(араб.маъно, маънолар мажмуаси**)** – моддий ҳаёт билан ёнма-ён юрадиган, инсон, халқ ва жамият ҳаётининг ажралмас қисми бўлган ижтимоий ҳодиса; илмий-фалсафий тушунча.Шу билан бирга ўзида жуда чуқур ва кенг қамровли маъно-мазмунни мужассам этган бу тушунчага ҳар қайси маърифатли инсон ўзининг ҳаётий қарашлари, шахсий эътиқоди, онгу тафаккури ва дунёқарашидан келиб чиққан ҳолда турлича таъриф бериши мумкин.”[2].

Жамият маънавиятини шакллантирувчи мезон ва тамойилларни қомусий олимларимиз яратган асарлар орқали ўрганамиз. Улар томонидан яратилган ахлоқий фазилатларни ўз ҳаётимизга сингдириб борамиз. Аждодларимиз қолдирган мерос бугунги кунда ёшларнинг мукаммал тарбия жараёнига ҳам ўз ҳиссасини қўшмоқда. Илм-у маърифат маънавий қарамликни йўқ қилувчи воситадир. У инсонга куч, билим ва юксак салоҳият бахш этади.

Ахлоқ тушунчаси жуда қадим замонлардан бери ўз долзарблигини ва аҳамиятини йўқотмаган. Ахлоқий тафаккур илк бор Қадимги Шарқда вужудга келганлиги, Шумер, Қадимги Миср, Қадимги Турон-Эрон ва Қадимги Ҳиндистонда дастлабки ахлоқий ғояларнинг пайдо бўлганлиги таъкидланади. Қадимги Юнон ва Қадимги Рим мутафаккирлари яратган ахлоқ назарияларига, Ўрта асрларда Марказий Осиё минтақасида илгари сурилган ахлоқий қарашларга, Темурийлар давридаги ахлоқ ва ахлоқий фазилатларга алоҳида эътибор берилган. Айни пайтда янги ва энг янги давр ахлоқ фалсафаси, Шарқ ва Ғарб ахлоқий назарияларининг ўзаро алоқалари ҳамда бир-бирига таъсири, оламнинг умумбашарий ахлоқий қадриятларнинг қарор топишида муҳим аҳамият касб этганлиги тўғрисидаги фикрларга, илмий хулосаларга кенг ўрин берилган. Шунингдек, Туркистон маърифатчи — жадидлари қарашлари алоҳида аҳамиятга эга ҳисобланади.

Педагогик фаолият самарадорлигини ошириш, педагогларнинг ижтимоий буюртмани бажаришга шахсан ҳисса қўшишларини таъминлашда уларнинг касбий малакаларини ошириб боришлари муҳим аҳамият касб этади. Педагогларнинг касбий малакаларини ошириш йўлида ташкил этадиган амалий ҳаракатларининг самарасини улар томонидан интеграцион фаолият малакаларининг муваффақиятли ўзлаштирилиши билан белгилаш мумкин.

Мустақиллик йилларида таълим тизимида ҳам жамият ижтимоий ҳаётининг барча соҳаларида бўлгани каби туб ислоҳотлар амалга оширилди. Ислоҳотлардан кутилган асосий натижа соҳада янгича қарашларни қарор топтириш, жаҳон стандартларига мувофиқ малакали кадрларни тайёрлаш, ўқитиш сифати, тарбия самарадорлигини юқори босқичларга кўтариш борасида юзага келган ижтимоий эҳтиёжни қондиришдан иборатдир. Одамийлик, меҳр ва муҳаббат, дўстлик ва биродарлик инсонни шарафловчи қадриятлардан бўлиб, башариятнинг доимий орзуси сифатида муҳим аҳамият касб этади. Инсоннинг ахлоқий фазилатлари Шарқ шоирларининг диққат марказида эканлигини адабиёт сўзининг замирида “адаб”сўзининг мужассамлиги билан изоҳлаш мумкин.

Мутафаккир Мир Алишер Навоийнинг буюк давлат арбоби сифатида амалга оширган инсонпарварлик ва бунёдкорлик ишлари ҳамон дунё олимларини ҳайратга солади. Айниқса, улуғ шоирнинг комил инсон ҳақидаги қарашлари доимо асосли, халқчил ва ниҳоятда теран аҳамияти билан янги илмий тадқиқотларга мавзу бўлади.

Улуғ шоир инсон жамиятга наф келтириши, бошқаларга зиён етказмаслиги, фойдали ишлари билан қадрли ва фазилатли деб ҳисоблайди. Муҳтарам Президентимиз тўғри таъкидлаганларидек, “Алишер Навоий бобомизнинг “Одамий эрсанг демагил одами, Оникким, йўқ халқ ғамидин ғами” деган сатрларида қанчалик чуқур ҳаётий ҳикмат, фалсафа бор. Яъни, бу дунёда инсонларнинг дарду ташвишларини ўйлаб яшаш – одамийликнинг энг олий мезонидир, халқнинг ғамидан узоқ бўлган инсонни одам қаторига қўшиб бўлмайди, деб таъкидламоқда улуғ бобомиз” [31].Баркамол инсонни тарбиялаб вояга етказиш айнан мана шу тизим асосида рўёбга чиқарилади. Шу боис таълим тизимида замонавий илм-фан, тех-

2 Маънавият. Асосий тушунчалар луғати.Т.: “Ўзбекистон файласуфлари миллий жамияти” нашриёти.,2021. -Б. 345.

3 [1] Мирзиёев Ш.М. Аждодлар фахримиз. Ёшларга донолар ўгити. Т.: Ғафур Ғулом номидаги нашриёт-матбаа ижодий уйи, 2018.Б.-13.



ника ва технология ривожига уйғун равишда таълим – тарбия мазмунини янгилаб бориш муҳим талаблардан биридир. Мустақилликдан сўнг ўтган вақт мобайнида ушбу талабни инобатга олиш орқали таълим-тарбия мазмунига интеграцион ғояларни сингдиришга жиддий эътибор қаратила бошланди. Бу йўналишда, яъни “интеграция” тушунчасининг моҳиятини ўрганиш, интеграцион жараёнлар мазмунини таҳлил қилиш, педагогик интеграцияларнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш, Ўзбекистон шароитида педагогик интеграцияларни яратиш учун зарур шарт-шароитларни вужудга келтириш, мавжуд педагогик интеграцияларни умумлаштириш ва оммалаштиришдан иборатдир. Ҳозирги даврда таълим- тарбия тизимида интеграцион жараёнлар жуда тезкор даражада ривожланмоқда. Таълим- тарбияни интеграциялаштириш бевосита, геополитик регионлар доирасида амалга оширилиб, бунда тарихий у ёки бу даражада ижтимоий- иқтисодий шароитлари яқин ёки ўхшаш турадиган мамлакатларнинг таълим-тарбия тизимини бирлаштирмоқда. Бугунги кунда таълим - тарбия соҳасида интеграцион жараённи амалга ошириш учун ягона ўзига хос механизм яратилган. Бу соҳада мамлакатимизда маълум натижаларга эришилган бўлиб, унинг самарасида Ўзбекистон ва Европа давлатлари учун ҳам намуна бўла оладиган энг қулай таълим тизими моделини яратишга ҳаракат қилинмоқда.Таълим- тарбияда интеграцион жараёнлар алоҳида аҳамият касб этади. Бу ахлоқий ва эстетик тарбиянинг интеграциялашган тизими муаммосини ҳам ҳал қилиш имкониятини беради. Шу ўринда савол туғилади: интеграция нима, у қандай жараён?

“Integratsiya” сўзи лотинча integratsiyon - тиклаш, тўлдириш, “integer” бутун сўзидан келиб чиққан. Интеграция ғояси инглиз олими Г. Спенсер томонидан фанга киритилган. Ривожланган давлатларда таълим мазмунини интеграциялаш борасида муҳим ва долзарб ишлар амалга оширилган. Англия, Япония, Венгрия, Финляндия каби давлатларда таълим мазмунини интеграциялашга эришилган. Шахс дунёқарашининг шаклланишида маънавий-ахлоқий тарбия ҳам муҳим ўринга эга бўлиб, уни самарали ташкил этиш талабада маънавий-ахлоқий онгни шакллантиришга ёрдам беради.

Ахлоқий тарбия муайян жамият томонидан тан олинган ва риоя қилиниши зарур бўлган ҳулқ-атвор қоидалари, мезонларини талабалар онгига сингдириш уларда ахлоқий фаолият кўникмалари ҳамда ахлоқий маданиятни шакллантиришга йўналтирилган педагогик жараён бўлиб, ижтимоий тарбиянинг муҳим таркибий қисмларидан бири саналади.

Ёшлар камолотида илмга интилиш туйғуси, тарих илмини эгаллаш истаги энг самарали тарбиявий восита ҳисобланади. Миллат маънавиятини ва миллий ўзлигини англашда, миллий ғурур ва ифтихорнинг ўсишида ҳам илмнинг аҳамияти беқиёс. Маънавий мерос инсонларнинг бир бирига бўлган ўзаро муносабатлари асосида шаклланиб, сайқалланиб боради. Миллатларнинг маърифий - маданий алоқалари қадриятларнинг авлодлардан авлодларга ўтиши ва бойиб бориши жараёнида ривожланади, халқаро миқёсга чиқади.Шунингдек, талабалар дунёқарашини шакллантиришда ҳам ахлоқий тарбия муҳим аҳамиятга эга бўлиб, уни самарали ташкил этишда онг, ҳис-туйғу ҳамда хулқ-атвор бирлигига эришиш мақсадга мувофиқдир. Зеро, улар бирлигида маълум камчиликларнинг юзага келиши ҳам талабаларнинг комил шахс бўлиб улғайишларига салбий таъсир кўрсатади. Дунёқараш табиат, жамият, инсон тафаккури ҳамда шахс фаолияти мазмунининг ривожланиб боришини белгилаб берувчи диалектик қарашлар ва эътиқодлар тизимидир. Юксак маънавий комиллик, юрт озодлиги, ободлиги ва халқ фаровонлиги йўлида фидокорона меҳнат қилиш, ўзига ва атрофдагиларга нисбатан талабчан бўлиш, ўзида иродавий сифатларни тарбиялай олиш, интилувчанлик, ташаббускорлик, ташкилотчилик, ижодкорлик ҳамда мустақил фикрлаш лаёқатига эга бўлиш каби хислатларни мустақил Ўзбекистон Республикаси ҳаётида устувор бўлган тамойиллар сифатида эътироф этиш мумкин.

Илм-фанга, таълим-тарбияга, одоб-ахлоққа эътибор туфайли ёшлар маънавиятли ва маърифатли етук инсон бўлиб етишишлари шубҳасиз. Бугунги очиқ ва ошкора, демократик ривожланиш йўлидан бораётган юртимизда ҳар бир инсоннинг ватанпарварлиги муҳимдир. Ватанпарварлик, садоқатлилик, фидойилик каби олий қадриятлар орқали ватан тараққиёти ва фаровонлиги учун ҳисса қўшиш ўсиб келаётган ёш авлоднинг инсоний бурчидир.

Адабиётлар

1. Мирзиёев Ш. Янги Ўзбекистон стратегияси. Т.: “Ўзбекистон” нашриёти., 2021:464.
2. Мирзиёев Ш. Аждодлар фахримиз. Ёшларга донолар ўгити. Т.: Ғафур Ғулом номидаги нашриёт-матбаа ижодий уйи, 2018:236.
3. Маънавият. Асосий тушунчалар луғати.Т.: “Ўзбекистон файласуфлари миллий жамияти” нашриёти., 2021:816.
4. Маҳмудов Т. Мустақиллик ва маънавият. - Т.: Ўзбекистон, 2001:186.

Жуманова Г.И.

ТИББИЁТ ЭСТЕТИКАСИНИНГ БАЪЗИ БИР НАЗАРИЙ ВА АМАЛИЙ МАСАЛАЛАРИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

“Янги Ўзбекистон – барчамизнинг эзгу орзумиз, меҳнаткаш, тинчликсевар халқимизнинг орзуси!” [1.] экан,бундай орзуга эришишнинг йўлларидан бири ёшларимизни табиат ва ҳаёт гўзалликлари билан ошно қилиб,уларнинг эстетик онгини шакллантириб, ривожлантириб бориш асосида она-Ватанимизга садоқат билан хизмат қилувчи юксак нафосат эгаси қилиб тарбиялашдан иборатдир. Чунки, мамлакатимиз аҳолисининг 60% га яқинини ташкил қилувчи ёшлар томонидан эстетикани ўрганиш нафақат гўзалликни севишни, балки одамлар ҳаётнинг эстетик ибтидосини, жисмоний тана ва руҳий вужудни, яшаш жойларини, ижодий фаолиятини ҳам эстетика қонунлари асосида яратиш,уларни асраб-авайлашларини ҳам билишлари керак.

Хўш,эстетика нима? У тиббиёт ходимлари учун қандай аҳамият касб этади?. Бу хусусда профессор Н.Э.Муҳаммадиевнинг қуйидаги фикрларини келтиришни жоиз деб топдик:Табиат ва жамиятда мавжуд нарса, ҳодисаларга назар ташласак, уларнинг барчасида ажиб мукаммаллик, мутаносиблик, латофат, нафислик мужассамлашганига гувоҳ бўламиз, буларнинг ҳаммаси инсонни завқлантиришини, унга қандайдир ором ва маънавий куч беришини кўрамиз. Ана шу завқ-шавқ, ором ҳамда маънавий куч берувчи нарсларнинг барчаси нафосат дунёсига мансуб қадриятлар жумласига киради.

Нафосат дунёси ҳақида эса эстетика фани баҳс юритади. «Эстетика» сўзи юнонча «эстетикос» сўзидан олинган бўлиб, «сезиш», «ҳис этиш қобилияти» деган маънони янглатади. Уни 1714-1762 йилларда яшаб ўтган немис файласуфи Александр Баумгартен ўзининг «Поэтик асарнинг баъзи бир масалалари тўғрисида фалсафий мулоҳазалар» китобида фанга категория сифатида киритган.

Хўш, эстетика деганда нимани тушунамиз? «Эстетика» кундалик турмушимизда кўпинча нарса ва ҳодисаларнинг ранг-туси ва шаклидаги мукаммалик, мутаносиблик, латофат каби сифатларнинг мажмуи тарзида тушунилади. Фанда эса «эстетика» сўзи категория, яъни объектив оламдаги нарса ва ҳодисалардаги гўзаллик, улуғворлик, қаҳрамонлик жиҳатларини ўзида акс эттирувчи фалсафий тушунча, инсоннинг воқеликка эстетик муносабатларининг мажмуи деб таърифланади. Шунга кўра, у ижтимоий онг шаклларидан бири ҳисобланади. Инсоннинг ҳар қандай фаолиятида ахлоқий мақсад бўлгани сингари, эстетик манба – севинч ва ташвиш, орзу-умид, кулгилилик, фожиалилик – ҳам мавжуд бўлади. Бундай ҳолатларни соғлиқни сақлаш ходимларинингфаолиятида ҳам кузатишимиз мумкин.

Соғлиқни сақлаш ходимларининг касб эстетикаси уч таркибий қисмдан: эстетик муносабат, эстетик онг ва эстетик фаолиятдан ташкил топади. Уларга батафсил тўхталамиз.

Эстетик муносабат. Соғлиқни сақлаш ходимларининг эстетик муносабати деб воқелик ҳодисаларини гўзал ёки хунук, юксак ёки тубан, фожиали ёки кулгили, қаҳрамонлик ёки қўрқоқлик деб баҳолаш қобилиятига айтилади. Эстетик муносабат объектив ва субъектив томонлардан ташкил топади, яъни у субъект билан объект ўртасидаги ўзига хос алоқалар шаклида намоён бўлади. Бунда эстетик муносабатларнинг объектив томони, аниқроғи, эстетик объектини инсоний алоқалар ва муносабатларга киришган, бевосита идрок этиш объектига айланган, одамларнинг эстетик эҳтиёжларини қондиришга хизмат қиладиган воқеликнинг хилма-хил кўринишлари ташкил этса, эстетик субъектини эса эстетик ҳис-туйғу, кечинма, дид ва идеалларга эга бўлган



шахс ёки гуруҳ ташкил этади.

Эстетик онг. Соғлиқни сақлаш ходимларининг эстетик онги деб уларнинг воқеликни акс эттирувчи ҳис-туйғу, кечинма, дид ва идеаллари мажмуига айтилади. **Эстетик онг** эстетик ҳис-туйғулар, эстетик дид, эстетик орзу, эстетик қараш ва назариялардан ташкил топади.

Соғлиқни сақлаш ходимларининг **эстетик ҳис-туйғуларини** воқеликни идрок этиш шароитида ҳосил бўладиган шодлик, ҳайратланиш, ажабланиш, роҳатланиш, лаззатланиш, эҳтиром, завқ-шавқ, нафрат каби эҳтиролар, ҳиссиётлар, тушунчалар ташкил этади.

Соғлиқни сақлаш ходимларининг **эстетик диди** деганда уларнинг бевосита ҳис-туйғу билан ҳодисаларнинг эстетик қимматини аниқлаш, яъни гўзалликни хунукликдан, улуғворликни тубанликдан, қаҳрамонликни қўрқоқликдан, кулгилиликни фожиавийликдан фарқлаш қобилияти тушунилади. Шунга кўра, кимда-ким гўзалликдан завқланса, унинг эстетик диди яхши бўлади ва аксинча, гўзалликка бепарво бўлса ёки хунукликдан лаззат олса, унинг эстетик диди ёмон бўлади. Эстетик дид шахснинг мавжуд воқеликдан қониқиши ёки қониқмаслигидир.

Соғлиқни сақлаш ходимларининг **эстетик орзуси** деганда эса, уларнинг нафақат мавжуд воқеликни инъикос эттириши, балки унинг келажаги тўғрисидаги тасаввурлари, умид ва майллари мажмуи тушунилади.

Эстетик назария объектни бутунича қамраб оладиган принциплар, қарашлар, тушунчалар, қоидалар, ақидалар, билимлар тизимидан иборат бўлиб, улар мантиққа, муайян фалсафий қарашларга асосланган бўлади.

Эстетик фаолият. Касб соҳиблари эстетик фаолиятининг асослари уларнинг муайян талаб ва эҳтиёжларидан иборат бўлиб, моддий ва маънавий фаолиятининг барча соҳаларини қамраб олади. Шунга кўра «меҳнат эстетикаси», «ишлаб чиқариш эстетикаси», «турмуш эстетикаси», «спорт эстетикаси» кабилар фарқланади. Улар кишиларнинг завқ-шавқ билан ҳалол меҳнат қилишларида кўмаклашади.

Соғлиқни сақлаш ходимларининг эстетик фаолияти уларнинг юриш-туришларида, ўз хизмат хоналарини жиҳозлашларида, табиий олам ва кишиларга муносабатларида яққол намоён бўлади.

Эстетика фани. Эстетик онг, эстетик муносабат, эстетик фаолият, эстетик тарбия, санъат масалаларини ўрганиш билан бевосита эстетика фани шуғулланади.

Эстетика – гўзаллик олами, санъат ва бадиий ижод қонуниятларини ўрганувчи ва ўргатувчи фан.

Ана шу умумий таърифдан келиб чиққан ҳолда Соғлиқни сақлаш ходимларининг касб фаолияти эстетикасига фан сифатида қуйидагича таъриф бериш мумкин.

Соғлиқни сақлаш ходимларининг касб фаолияти эстетикаси деб уларнинг воқеликка эстетик муносабатда бўлиш орқали ўзларининг хизмат фаолиятларини нафосат қонунлари, принциплари, воситалари асосида ташкил қилишларини ўрганиш ва ўргатишга айтилади.

Соғлиқни сақлаш ходимларининг касб эстетикаси қуйидаги вазифаларни бажаради:

1) соғлиқни сақлаш ходимларининг оламни гўзаллик қонунлари асосида яратиши, ўзгартириши ва қайта қуришида кўмаклашиш;

2) гўзаллик, қаҳрамонлик ва улуғворликни уларнинг антиподи бўлган хунуклик, қўрқоқлик ва пасткашликдан ажрата билиш;

3) нафосат қонунлари, принциплари асосида эстетик тарбия ишларини ташкил қилиш.

Эстетика билан этика доимо диалектик бирликдадир. Инсон фаолиятидаги ҳар бир хатти-ҳаракат гўзал бўлганлиги учун ҳам яхшидир, қадр-қимматлидир, яъни ахлоқийдир ва аксинча, содир этилган ҳар бир яхши, адолатли иш, хатти-ҳаракат нафосатлидир. Шунинг учун ҳам буюк рус нафосатшунос олими В.Г.Белинский «гўзаллик – ахлоқ-одобнинг туғишган синглисидир» деганда ҳақ бўлган [2.].

Профессор Н.Э.Муҳаммадиевнинг қисқа ва лўнда қилиб баён қиган фикларини янгиланаётган Ўзбекистон шароитида тиббиёт эстетикасининг назарий ва амалий муаммоларини ўрганишнинг дебочаси деб ҳисобласак,айни ҳақиқатни айтган бўламиз.

Тиббиёт эстетикаси – бу тиббиёт ходимларининг табиат ва жамиятда мавжуд бўлган нарсалар,ҳодисалар ва жараёнларнинг гўзал ва хунук томонларини билиш,инсоннинг жисмоний ва руҳий-маънавий дунёсини гўзаллик қонун ва тамойилларига мос равишда уйғунлаштириш орқали соғлом ва гўзал турмуш кечиришини таъминлашга хизмат қилувчи илм соҳасидир. Шу тариқа тиббиёт эстетикаси – бу умумий эстетика фанининг касб эстетикаси бўлимига кирувчи таркибий қисмларидан биридир.

Янгиланаётган Ўзбекистон шароитида тиббиёт эстетикасини ўрганиш ва унинг қо-



нун-қоидаларини амалгда жорий қилиш учун ўзининг ечимини кутаётган муаммолари ҳам бордир.

Буларга қуйидагилар киради:

1) тиббиёт эстетикасининг қонун ва категорияларини назарий жиҳатдан ишлаб чиқиш ва уларни амалиётда қўллашнинг усул ва восталари механизмларини ҳаётга жориш этиш;

2) тиббиёт ходимларини эстетик жиҳатдан тарбиялашнинг анъанавий ва янги муқобил вариантларининг рационал мағзидан келиб чиққан ҳолда эстетик тарбия методларини трансформация қилиш;

3) тиббиёт ходимларини бўш вақтларида санъатнинг бирор бир тури билан қизиқтириб,уни қизиқиш “хобби”сига айлантириш;

4) тиббиёт эстетикасида,тиббиётда қўлланиладиган барча даволаш асбоб-ускуналарини,беморлар даволанадиган жойларни, даволанаётганларнинг руҳиятини кўтарувчи “дизайн” талабларига мос равишда жиҳозлаб боришни ташкил қилиш. Бунда субъективликка йўл қўймаслик ишларини ташкиллаштириш масаласига алоҳида эътиборни қаратиш;

5) тиббиёт ходимларини ҳузурларига ташриф бурган ҳар қандай фуқаро билан очиқчасига меҳрибонлик билан гўзаллик қоидаларига мос равишда мулоқот қилиб, ”гўзаллик – дунёни разилликдан қутқаради” деган фикрнинг нақадар тўғри эканлигини исботлаш ва шу кабиларни киритиш мумкин.

Тиббиётда эстетика категорияларининг намоён бўлиши масаласи ҳам долзарб ҳисобланади.

Эстетиканинг асосий категорияларини:

−гўзаллик ва хунуклик;

−улуғворлик ва тубанлик;

−каҳрамонлик ва қўрқоқлик;

−кулгилилик ва фожиавийлик кабилар

ташкил қилиб,улар бир томондан, инсоннинг воқеликка эстетик муносабатидаги муҳим, зарурий боғланишларни ўзида акс эттирса; иккинчи томондан, воқеликни нафосат қонунлари асосида ўзлаштиришнинг йўналишларини белгилаб берувчи методологик асос вазифасини ҳам бажаради.

Эстетика категориялари ўзининг амалий ифодасини техникавий эстетика, турмуш эстетикаси, хулқ-атвор эстетикаси, меҳнат эстетикаси, косметик эстетика,тиббиёт эстетикаси, дизайн кабиларда топади ва ҳар бир ходим ҳамда хизмат жамоаларининг эстетик маданиятини шакллантиришда катта аҳамият касб этади.

Масалан,тиббиётда гўзаллик категориясининг намоён бўлишини қўриб чиққанимизда биз қуйидаги хулосаларга келдик.

1. Тиббиёт учун энг муҳим нарса бу нафосатнинг,гўзалликнинг хаста тан ва дилга шифо беришидир. Шу сабабли тиббий хизматни ташкил этишда, касалликларнинг олдини олишда, беморларни даволашда ва реабилитация қилишда табиатнинг ландшафтига, табиий гўзаллигига катта эътибор бериш керак бўлади. Ёш шифокорларни эстетик тарбиялашда ўз она табиатининг гўзаллигини кўриш ва бошдан кечиришга, уни асраб-авайлашга, севишга ўргатиш замон талаби ҳисобланади.

2. Инсоннинг ўзи мантиқан қараганда табиатнинг яратган энг гўзал мўжизаларидан бири ҳисобланади. Шунинг учун инсон бундан ташқари ўзининг гўзаллигини намоён қилишда, яъни ишда, одамлар билан муносабатларда ҳам хулқининг гўзаллигини намоён қилишлари керак. Айниқса шифокор учун ички маънавий гўзаллигининг ташқи одобахлоқ, хулқ-атвор, мулоқотдаги гўзаллиги билан уйғунлаштириш тиббиёт ходимининг эстетик маданиятининг юқорилигидан дарак беради. Шу сабабли бўлса керак,рус ёзувчиси,асли касби шифокор бўлган А.П.Чехов (1860-1904) “Одамда ҳамма нарса гўзал бўлиши керак: юз, кийим ва фикрлари ҳам”, деган эди.

3. Шифокорнинг кийиниш маданияти ҳақида француз ёзувчи ва адабиёт танқидчиси Анатоль Франс (1844-1924) нинг фикрича” Инсон онгининг гўзаллиги ва буюклиги бу унинг ҳақиқатни излашидадир. Тана ҳам кийинган нарсага, бефарқ бўлмасдан, унга ғамхўрлик қилади. Мода, чиройли кийимлар керак албатта,бироқ уларни кийганда касалликларни қийнамайдиган даражада бўлиши керак”,[3.] деган бирдан бир тўғри фикрни баён қилган эди. Демак,бундан шундай хулосага келиш мумкинки, буларнинг барчаси маданиятли инсон бўлмиш шифокор тиббий эстетик маданиятининг ажралмас таркибий қисмидир.

Хулоса ўрнида шуни айтиш мумкинки, шифокорнинг тиббий эстетик маданияти қанчалик юқори даражада шаклланган ва ривожланган бўлса,унинг қўлидан беморлар,хаста диллар шунчалик тезликда шифо топиб, табиат ва ҳаёт гўзалликларидан баҳраманд бўладилар. Бундай шифокорлар Ўзбекистон Ре-



спубликаси Президенти Ш.М.Мирзиёевнинг: ”.Тиббиёт ходимлари – саломатлигимиз посбонларидир. Уларга халқ ишониши, улар эса халқни ишонтира олиши керак”. Бунинг учун эса” шифокорнинг нафақат устидаги халати, энг аввало, кўнгли ҳам, қўли ҳам пок бўлиши керак”, – деган талабларига жавоб берган бўлади.[5. https://president.uz/uz/lists/view/5063]

Адабиётлар

1. Мирзиёев Ш.М. Янги Ўзбекистон стратегияси. Тошкент:”O‘zbekiston” нашриёти. 2021:15.
2. Муҳаммадиев Н.Э.Соғлиқни сақлаш ходимларининг касб этикаси ва эстетик маданияти. Монография. Тошкент:”EFFCT-D” нашриёти, 2022:27-30.
3. Лиходзиевский С.И. Анатоль Франс : Очерк творчества. Ташкент: Гослитиздат УзССР, 1962.
4. Мирзиёев Ш.М. Халқимиз саломатлиги ҳамма нарсадан устун ва қадрли. //https://president.uz/uz/lists/view5063

Хайтматова Г.А.

ИСТОРИЯ УЗБЕКИСТАНА КАК НЕОТЪЕМЛЕМОЕ ЗВЕНО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Интенсивное развитие нашей страны, ее достижения, благосостояние народа зависят от уровня внимания, уделяемого образованию и воспитанию подрастающего поколения. Сегодня в Узбекистане проводятся масштабные реформы в каждой сфере, полным ходом идут работы по устранению назревших проблем в обществе, создаются условия для гармоничного развития и воспитания молодежи. В целях кардинального реформирования и дальнейшего развития системы поддержки молодежи в стране приняты Концепция развития государственной молодежной политики в Узбекистане до 2025 года. Среди основных задач концепции - воспитание физически здоровых, духовно зрелых юношей и девушек, содействие в реализации их научного и творческого потенциала, защита интересов, прав и свобод, активное вовлечение молодежи в социально-экономическую, общественно-политическую жизнь.

Воспитание молодёжи в Узбекистане сложилось под влиянием традиций восточной культуры, опирается на национальные особенности и специфику социально-исторического развития страны, пережившего экономические и политические катаклизмы. Основополагающим звеном воспитания является мировой социально-исторический опыт, который формирует гармоничную и всесторонне развитую личность, способную проявлять инициативу, как в своей профессиональной деятельности, так и в социальной сфере современного общества, личность, осознающую нравственные ценности.

Несмотря на текущие изменения, периодически происходящие в системе подготовки врача, в компетенциях на выходе всегда присутствуют социально гуманитарные аспекты, что обусловлено самим содержанием и наполнением медицинской науки. Выпускник вуза призван реализовать себя не только в узкой профессиональной области, но и в сложной и многогранной системе социальных и межличностных связей и отношений. Общество видит в специалисте с высшим образованием носителя высокого уровня культуры, прочно сформировавшейся системы нравственных ценностей, гражданских качеств, активной жизненной позиции. С наиболее общими вопросами развития (эволюции) знаний студенты медицинских вузов знакомятся, приступая к изучению предмета «История Узбекистана». В настоящее время, цель преподавания и изучения учебной дисциплины «История Узбекистана» определена в формировании у студентов логического мышления о развитии знаний на всем пути исторического развития; выявлении эпохальных явлений и открытий. Помимо изучения основных этапов становления и развития Узбекистана, серьезное внимание уделяется ознакомлению будущих врачей с историей нашего университета. Одно из первых занятий отводится на ознакомления студентов с музеем ВУЗа, что позволяет сформировать представление о роли и месте ТашПМИ в системе здравоохранения нашей страны.

В преподавании Истории Узбекистана необходимо рационально использовать справоч-



ную подачу материала, необходимо соблюдать четкую периодизацию, достоверность фактов, которые позволяют проводить анализ мировоззренческих основ мышления врачей. На занятиях используются труды известных ученых и материалы архивов. При проведении семинарских занятий применяются различные наглядные пособия: стенды, научно-популярные фильмы, мультимедийные презентации.

Использование исторического метода, изучение новейших научных данных, а также знакомство с историческими источниками во всем их разнообразии открывает студенту междисциплинарный характер изучаемой дисциплины. Только усвоив общеисторическую периодизацию, ознакомившись с предоставляемыми на кафедре историческими источниками, в виде работ различных авторов, студенты постепенно подходят к пониманию последовательности и системности фактического материала и что более важно, становятся способны к проведению самостоятельного анализа получаемых фактов. Помогает соотнести и синтезировать в единый сплав естественнонаучные и гуманитарные знания. Сама методика преподавания истории, формируя у будущих врачей критерии последовательности и научности, прежде всего, расширяет кругозор и повышает общую культуру студента.

С учетом тенденций в современном образовании, мы в своей работе все шире используем мультимедийные возможности воздействия. На кафедре с целью совершенствования организации самостоятельной работы студентов, разработан ряд электронных учебно-методических комплексов по дисциплине «История Узбекистана». На наш взгляд использование ЭУМК способствует углубленному осмыслению учебного материала, формированию у студентов знаний, умений необходимых для дальнейшего использования полученных знаний в профессиональной деятельности. Одновременно достигается и закрепляется столь необходимая академическая компетенция по выработке навыков, связанных с использованием технических устройств, управлением информацией и работой с компьютером. В самостоятельной работе студенты широко используют сообщения в виде электронных презентаций, тематических сообщений. С учетом имеющихся знаний по дисциплине «История Узбекистана» и, учитывая задачу повышения профессиональной подготовки студентов, в практике обучения находит применение такая интересная форма обучения как ролевые игры. Например, озвучивая теории происхождения государства, студенты делятся на группы и оппонируют друг с другом, защищая занимаемую позицию тем самым обучаясь и закрепляя социально-личностные и профессиональные компетенции. Не менее важной задачей истории Узбекистана является музееведческая функция, способствующая формированию научно-исследовательского мировоззрения будущего врача, обогащающая его теоретическими знаниями, воспитывающая чувство гуманизма и патриотизма. Обязательным является посещение музеев, например, «Музей Тимуридов», «Музей истории Узбекистан» и другие.

Для лучшего усвоения материала на кафедре «Общественных наук, педагогики и психологии» ТашПМИ была разработана методика составления учебных кроссвордов, для заполнения которых студент должен знать основные понятия, события, персоналии истории нашей страны. Задачей студентов является составление кроссворда опираясь на реферативные и презентационные материалы, а также научно-популярные фильмы, входящие в состав учебно-методического комплекса, данной дисциплины. Основой является вопрос или любое историческое событие, позволяющие дать ответ в одно слово. Кроссворд используется в качестве проверки знаний на семинарских занятиях. Данная методика формирует у студентов навыки работы в команде, развивает креативность и оригинальность мышления, а также способность обучаемого к самостоятельной оценке, переработке и использованию предоставленной ему информации. Основное отличие при составлении учебного кроссворда от традиционного контроля уровня знаний, состоит в том, что у студентов появляется неформальный интерес к работе с историческими источниками и учебниками, что позволяет осуществить принцип дифференцированного подхода к студентам и индивидуализации обучения. Развитие познавательных способностей является главным резервом повышения эффективности подготовки специалистов. Для проведения исходного контроля уровня знаний студентов к каждому занятию подготовлены контрольные вопросы. Контроль степени освоения компетенций по дисциплине определяется на семинарских занятиях путем

устного опроса. Изучение курса истории Узбекистана завершает контроль знаний в форме зачета. Таким образом, преподавание истории Узбекистана является актуальным и неотъемлемым звеном образовательного процесса медицинского ВУЗа, основанного на современных методологических подходах и направленного на формирование мировоззрения бытия своей будущей профессии.

Литература

1. Хайтматова Г.А., Одылова Д.Б. К вопросу современного обучения «Истории Узбекистана» в медицинском институте. Міжнародний науковий журнал «Інтернаука» . 2017;5:54-55.
2. Хайтматова Г.А. К вопросу о патриотическом воспитании студентов Ташпми/ Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». 2020;8:48-49.
3. Яворская С.Д., Николаева М.Г., Болгова Т.А., Горбачева Т.И. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА. Современные проблемы науки и образования. 2016.
4. Tulaganova G.O. Professional motivation of students and their psychological features International correspondence scientific and practical conference. “European research: innovation in scince, education and technology”. London, 2018.

Сагатова З.Б.

ЎЗБЕКИСТОН - ТУРКИЯ ЎРТАСИДАГИ МУНОСАБАТЛАРНИНГ МУШТАРАКЛИГИ ЁХУД АМАЛГА ОШИРИЛАЁТГАН ИСЛОҲОТЛАР ҲАҚИДАГИ МУЛОҲАЗАЛАР

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

“Икки яҳудий бирлашса ширкат қурар,
Икки туркий бирлашса давлат қурар”
Туркий халқлар мақоли

Маълумки, Ўзбекистон давлати билан Туркияни жуда кўп асослар, яъни ўхшаш тил, анъана ва удумлар, ягона дин, азалий дўстлик ҳамда муштарак маданий алоқалар боғлаб келган. Икки халқ геосиёсий жойлашув ва тарихий тараққиётдан тортиб, ҳозирги ривожланиш босқичида кечаётган ислоҳотларнинг ўзига хослигигача бўлган кўп умумий жиҳатларга эгалиги билан ҳам бир-бирига ўхшашдир.

Гапни аввало, умумий тарих билан боғланган ўзбеклар ва туркларнинг қардош халқ эканидан бошлашимиз керак. Чунки бугунги туркларнинг аждодлари замонавий Туркия ҳудудига Мовароуннаҳр заминидан кириб келган. Айнан шу сабабли Ўзбекистон Туркияда аждодлар замини деб ҳисобланади ва “ота юрт”, деб қадрланади.

Географик жиҳатдан Ўзбекистон Осиёнинг марказида жойлашган бўлиб, унинг турли тарафларини боғласа, Туркия эса Осиё ва Европани боғлаб турувчи давлат ҳисобланади. Геосиёсий жойлашувнинг ушбу хусусиятлари қадим замонлардан буён турли маданият ва цивилизацияларнинг бир-бири билан мулоқоти ва ўзаро ҳамкорлиги, савдо йўллари кесишиш марказлари саналган икки давлатнинг тарихий ривожланиши билан боғлиқ ўзига хос умумий жиҳатларни ҳам белгилаб беради. Ҳар икки давлат бир пайтлар тарихдаги энг машҳур транспорт йўлаги бўлиб хизмат қилган Буюк ипак йўлининг асосий бўғинларига кирган.

Мамалакатларимизнинг минтақавий аҳамияти ўз минтақаси ривожидаги ўхшаш ролини ҳам белгилаб берар, чунки улар ўз вақтида Осиёнинг энг қудратли давлатлари ҳисобланарди. Усмонийлар империяси бир пайтлар Ғарбий Осиё, Шимолий Африка ва Жануби-шарқий Европани бирлаштирган бўлса, темурийлар давлати Осиё ва Яқин Шарқнинг марказий қисмини Ҳинд океанигача туташтирган.

Ўзбекистон мустақилликка эришганидан сўнг ўзига тарихан, маънан ва этник яқин бўлган Туркия билан дўстлик алоқаларини йўлга қўйди. Шу сабабли ҳам Туркия Республикаси 1991 йил 16 декабрда Ўзбекистон мустақиллигини дунёда биринчи бўлиб тан олди. 1992 йил 4 мартда эса икки давлат ўртасида дипломатик



муносабатлар ўрнатилди. Шу йилнинг апрель ойида Ўзбекистонда очилган хорижий элчихоналарнинг биринчиси ҳам айнан Туркия Республикасиники эди. Жорий йилнинг март ойида Ўзбекистоннинг Туркия билан расмий дипломатик алоқалари ўрнатилганлигига 30 йил тўлди.

Шу муносабат билан ўтган давр мобайнида икки мамлакат ўртасидаги биродарлик ва қардошлик руҳидаги ҳамда ўзаро иқтисодий манфаатлар устуворлиги асосида шаклланаётган алоқалар тизимидаги ўзгаришларни кузатсак, бу муносабатлар янги шакл ва мазмун касб этиб бораётганлигига гувоҳ бўлишимиз мумкин бўлади.

Шу билан бир қаторда, Туркия мамлакатимизнинг мустақил тараққиёт йўлини ва сўнгги вақтларда замонавий ташқи сиёсий стратегияси доирасида халқаро майдонда ташлаётган дадил қадамларини ҳар томонлама қўллаб-қувватлаб келмоқда.

Албатта, бугунги кунда ўзаро ҳамкорлик ривожига асосий туртки бераётган муҳим омил сифатида икки мамлакат етакчилари ўртасидаги дўстона алоқалар, мунтазам учрашувлар, самимий мулоқотларни алоҳида эътироф этиш жоиздир.

Шуларни инобатга олган ҳолда, ҳеч иккиланмасдан таъкидлаш мумкинки, айнан Президентимиз Шавкат Мирзиёев ва Туркия давлати раҳбари бўлмиш Режеп Эрдўғаннинг сиёсий иродаси, қатъияти ҳамда улар ўртасидаги муносабатлар тарихида мутлақо янги саҳифа очилишига имкон яратиб берди.

Натижада алоқалар истиқболларини тўлиқ рўёбга чиқариш мақсадида муҳим келишувларга эришилиб, ушбу битимлар бўйича дадил амалий ҳаракатлар бошланди. Жумладан, икки давлат муносабатлари тизимида янги мулоқот формати, яъни олий даражадаги Ўзбекистон-Туркия стратегик ҳамкорлик кенгаши тузилди. Ушбу кенгашнинг биринчи йиғилиши икки давлат раҳбарлари ҳамраислигида 2020 йил 19 февраль куни Анқара шаҳрида бўлиб ўтди. Мазкур учрашувда эришилган келишувлар ҳар икки мамлакат алоқалар тарихида яна бир муҳим ҳодисага замин яратиб, шу йили 7 март куни Самарқанд шаҳрида консуллик идорасини ташкил этган Қозоғистондан кейинги иккинчи мамлакатга айланди. Ушбу ҳодиса шубҳасиз Тошкент ва Анқара ўртасида боқий дўстликнинг яна бир рамзи сифатида эътироф этилди.

Шу ўринда таъкидлаш лозимки, Туркияга йилига ўртача 40 миллиондан ортиқ сайёҳлар ташриф буюриб, бу соҳадаги мамлакатнинг йиллик даромади 30 миллиард АҚШ долларидан ошади. Шу нуқтаи назардан олиб қараганда, бир қатор турк экспертларининг мамлакатимиздаги зиёрат туризмини ривожлантириш мақсадида маъсул лавозимларда иш фаолиятига жалб қилинишлари бежиз эмас. Бугунги кунда давлатимизни зиёрат қилиш мақсадида ташриф буюраётган мусулмон ўлкалари сайёҳларининг катта қисми ҳам Туркия фуқароларига тўғри келмоқда. Хусусан, 2019-2021 йил якунларига кўра юртимизга келган турк сайёҳларининг умумий сони 120 минг кишига яқинлашди.

Шуларни инобатга олган ҳолда, яқин истиқболда ўзбек-турк алоқаларини янада ривожланиши мумкинлиги ҳақида гапириш учун барча асосларга эгамиз. Бунга эса яна қуйидаги омиллар қўшимча замин ярата олади.

Биринчидан, ўзбек ва турк халқларини азалий дўстлик, биродарлик ва қардошлик ришталари ўзаро боғлаб туради. Ҳар икки мамлакат аҳолисининг маданияти, дини ва урф-одатлари бир-бирига жуда яқин. Бу эса муносабатларнинг чуқур тарихий ва маданий илдизларга эга эканлигини кўрсатиб, мустаҳкам пойдевор вазифасини ўтамоқда. Қолаверса, маданий ва тарихий жиҳатдан бу икки мамлакат туркий халқлар тамаддуни ривожида марказий ўринга эга бўлган. Шунинг учун ҳам бўлса керак, 2019 йили Ўзбекистоннинг Туркий тилли давлатлар ҳамкорлик кенгаши ташкилотига тўлақонли аъзо давлат сифатида қўшилиши барча иштирокчи давлатлар томонидан юқори баҳоланди ва кўтаринки кайфиятда кутиб олинди. Ўз навбатида, бу ҳодиса нафақат туркий оламда биродарлик руҳининг мустаҳкамланишига, балки Анқара ва Тошкент ўртасида янги мунтазам ҳамкорлик форматини пайдо бўлишига ҳам сабаб бўлди.

Иккинчидан, Президент Ш.М.Мирзиёев Ўзбекистон иқтисодий имкониятларини кенгайтириш, халқ фаровонлигини ва ҳаёт даражасини ошириш мақсадида кенг кўламли ислоҳотлар дастурини жадаллик билан олиб бормоқда. Мазкур сиёсатнинг муваффақияти қисман бўлсада мамлакатимизнинг ташқи ҳамкорлари билан самарали алоқаларни янги сифат босқичига олиб чиқишимизга боғлиқ.

Шу сабабли ушбу ички инқилобий ўзгаришларга янги, фаол, прагматик ва конструктив



руҳдаги ташқи сиёсат ҳамроҳлик қилмоқда. Шу ўринда, Туркиянинг ривожланган саноати, қишлоқ хўжалигида эришган ютуқлари, туризм салоҳияти, улкан давлатчилик тажрибаси ва турк сармоядорларининг Ўзбекистон бозорига бўлган қизиқишларининг ортиб бораётганлиги мамлакатимиз учун муҳим аҳамият касб этади.

Учинчидан, Ўзбекистон ўз олдига қўйган дунё Уммонининг дилтортар кенгликларига ва жаҳоннинг янги экспорт бозорларига чиқиш, шунингдек миллий иқтисодиётни халқаро иқтисодий муносабатлар тизимига ва маҳсулотлар таъминоти занжирига чуқур интеграциясини таъминлаш каби қатор стратегик мақсадлари ва бунга нисбатан қилаётган тизимли интилишлари Туркия мамлакатини республикамизнинг мазкур йўналишдаги табиий ҳамкорига айлантирмоқда.

Бунинг сабаби Туркиянинг денгиз сарҳадлари билан чегараланганлиги, жадал ривожланаётган транспорт-коммуникация тизимига эгалиги, Европа ва Осиё қитъаларига географик қўшнилиги ҳамда Ўзбекистоннинг ўз транспорт имкониятларидан тўлиқ фойдаланишидан ҳар томонлама манфаатдор эканлигидадир. Бунга мисол қилиб, 2019 йилдан Анқара томонидан ўзбек автомобил қатновчилари учун 30 кунлик визасиз тартибни жорий этилганини келтириб ўтсак бўлади. Бугунги кунда Ўзбекистон Туркия, Озарбайжон ва Грузия ҳудудларидан ўтувчи “Боку-Ахалкаласи-Карс” темир йўл тармоғидан ҳам кенг фойдаланмоқда. Ушбу транспорт йўлаги бизни Ғарб бозорларига олиб чиқувчи энг қисқа транзит йўналиши ҳисобланади.

Тўртинчидан, мамлакатимиз иқтисодиётини модернизация қилиш ва уни дунё миқёсидаги рақобатбардошлигини ошириш мақсадлари ташқи ҳамкорлар билан саноат кооперацияси йўналишидаги ҳамкорликни кучайтириш, ривожланган мамлакатлар тажрибасини ўрганиш, ташқи сармоялар ва юқори технологияларни кенг кўламда жалб этишни талаб этмоқда.

Шу маънода, Ўзбекистон ва Туркия иқтисодий тараққиёт стратегиялари бир неча муҳим соҳаларда бир-бирини тўлдириш қобилиятига эга эканлигини таъкидлаб ўтиш лозим. Бунга сабаб, Туркия дунёнинг 20 та йирик иқтисодий ривожланган давлатлардан бири ҳисобланиши ва Ўзбекистон учун муҳим ҳисобланган туризм, тўқимачилик, автомобилсозлик, қурилиш, озиқ-овқат саноати соҳаларида юқори натижаларни қўлга киритганлигидадир.

Хусусан, Туркия тўқимачилик ва заргарлик буюмлари саноати дунёдаги кучли бешталикка киради. Турк қурилиш ширкатларидан 44 таси жаҳон миқёсидаги етакчи 250 та қурилиш компаниялари рўйхатидан ўрин эгаллаган. Бу кўрсаткич бўйича Туркия дунёнинг иқтисодий етакчиларидан бири ҳисобланмиш Хитой давлатидан кейинги иккинчи ўринни эгаллаган. Мамлакат озиқ-овқат саноати маҳсулотлари эса Ғарб бозорларига кириб боришга, ундаги ўз позициясини мустаҳкамлашга улгурган бўлса, турк автомобил саноати оддий автомобиллардан миллий электрон автомобилларни оммавий равишда ишлаб чиқаришга ўтиш арафасида турибди.

Бу ҳолат Туркиянинг биз учун қанчалик муҳим иқтисодий шерик эканлигини яна бир бор тасдиқлаб турибди. Чунки янги Ўзбекистон экспортга йўналтирилган мутлақо янги иқтисодий тараққиёт модели асосларини барпо этишга кириши иқтисодиётнинг барча соҳаларида тизимли ўзгаришларни ва бу тармоқларда саноат кооперациясини давомли ривожлантириш мумкин бўлган ишончли ташқи ҳамкорлар билан алоқаларни янада мустаҳкамлашни тақозо этади.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, тарих ва бугунги кун ўзбек-турк халқларини нафақат этник келиб чиқиши жиҳатидан, балки уларнинг руҳиятига кўра ҳам ҳақиқий қардош халқлар эканига яққол гувоҳлик бермоқда. Бу икки қардош халқ тарихий тараққиётнинг барча қийинчиликларига қарамасдан, шиддат билан ўзгараётган дунёда рақобатбардош бўлиб қолиш учун зарур ислоҳотларни амалга оширган ҳолда ўз миллий давлатчилигини матонат ва меҳнатсеварлик билан мустаҳкамлаб келмоқда.

Мана шундай яқинлик ва ёндашувларнинг муштараклиги салоҳияти ҳали тўлиқ очилмаган ўзбек-турк ҳамкорлиги бундан буён ҳам ҳар икки мамлакат халқлари фаровонлиги йўлида мустаҳкамланиб, тараққий этиб боришининг энг ишончли гарови ҳисобланади.

Айниқса, сўнгги олти йиллик тарихан қисқа давр мобайнида ўзбек-турк алоқаларини ривожлантириш йўлида мазмунан юз йилликларга татигулик глобал ўзгаришларни амалга ошириш учун мустаҳкам тамал тоши қўйилиб, ҳар икки давлат учун ҳам муҳим бўлган дастурий режалар ишлаб чиқилди



ҳамда амалий ҳаракатлар бошланди.

Муносабатларнинг бундай тарзда ривожланиши Ўзбекистон ва Туркиянинг халқаро майдонда янада нуфузи ортиб, икки давлат иқтисодиёти ўсиш суръатларини барқарорлиги, мамлакатлар халқлари ижтимоий-иқтисодий фаровонлиги ва яратувчанлик салоҳиятининг тўлақонли амалга ошишини таъминлашга асло шубҳа туғдирмайди

Адабиётлар

1.”Янги Ўзбекистон“ газетаси №63(585), 2022 йил 30 март.

2. А.Шарипов, “Шарқ мамлакатларидаги халқаро муносабатларнинг замонавий трансформацияси”, 2020, 53- бет.

3. А.Каримов, “Ўзбекистон ва Туркия – муштарак қадриятлардан ўзаро манфаатли ҳамкорликнинг янги босқичи сари”, 2021, 132-бет.

4. “Халқ сўзи” газетаси №5 2020 йил, “Ўзбекистон- Туркия: Буюк тарих бунёд этган икки улуғ халқ”.

5. Сагатова З.Б., Муратова Н.Х. Республикамиз соғлиқни сақлаш соҳасида амалга оширилаётган ислоҳотларнинг самараси ва аҳамияти.”Педиатрия”, 4-сон, Тошкент, 2021 йил, 19-21 бетлар.

6. Сагатова З.Б., Муратова Н.Х. “2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича ғаракатлар стратегияси” доирасида соғлиқни сақлаш соҳасида амалга оширилган ислоҳотлар ҳақида мулоҳазалар. “Педиатрия”, 1-сон, Тошкент, 2022:205-208.

Тагаев М.А., Каримова М.Ж

МУСТАҚИЛЛИК ЙИЛЛАРИДА ЎЗБЕКИСТОНДА ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШ ТИЗИМИ ВА УНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Ўзбекистон педиатрия соҳасида кадрлар тайёрлаш тизимида олиб борилган сиёсати натижасида, соғлиқ соҳасидаги ўзгаришлар болаларни соғлом бўлиб ўсишида яратган имкониятлар мавзунинг долзарблигини оширади. 1991 йилга келиб, барча мутахассисликлар бўйича шифокорлар ҳар 10000 аҳолига 34,1 тани ташкил қилган бўлиб, бу 13,9 та педиатрларга тўғри келган. 2000 йилга келиб умумий шифокорлар 29,5 тани ташкил этиб, уларни 13,6 тасини педиатрлар ташкил қилган. Болаларга малакали тиббий хизмат кўрсатиш, улар орасида касалланиш ва ўлим даражасини камайтиришда аҳолини педиатрлар билан таъминланганлиги муҳим аҳамият касб этган. Масалан, 1995 йилда республикада 40 та болалар касалхоналари фаолият кўрсатган бўлса,1998 йилда 32 та ва 2002 йилда уларнинг сони 31 тани ташкил қилган[11]. Умумий педиатрия ўринларининг йилма йил қисқариб боришига асосий сабаб, тиббий хизматнинг янги шаклларининг, яъни амбулатор-поликлиника хизмати ва унинг стационар бўлимлари ва кундузги стационарининг ривожлантирилиши, ҚВПлар иш самарасининг оширилганлиги ҳамда улар сонининг ортиб бориши билан изоҳлаш мумкин.

1997 йилда қабул қилинган “Таьлим тўғрисида”ги қонун ва Кадрлар тайёрлаш миллий дастури асосида соғлиқни сақлаш тизимининг кадрлар инфратузилмасини ислоҳ қилишга доир бир қатор ишлар амалга оширилди. Жумладан, таьлимнинг биринчи босқичи-бакалавриатда ўқитишда барча тиббиёт олий ўқув юртлари қишлоқ врачлик пунктлари, оилавий поликлиникаларда ишлаши мумкин бўлган умумий амалиёт шифокорларни (умумий педиатр, умумий гигиеначи-эпидемиолог, умумий стоматолог) тайёрлаш йўлга қўйилди. Бу мамлакатимиз аҳолисига, биринчи навбатда, қишлоқ аҳолисига малакали тиббий ёрдам кўрсатиш имконини берди. Тиббий таьлимнинг иккинчи босқичи- магистратура 46 та тор мутахассислик (жарроҳлар, кардиологлар, офтальмологлар, юқумли касалликлар шифокорлари ва бошқалар) бўйича шифокорлар тайёрлашни назарда тутади[22].

Республикада юқори малакали кадрлар тайёрлашни режа асосида олиб боришга, тиббиёт амалиётида ишлаётган врачларни илмий

1 [1] Д.А. Асадов., Т.О. Даминов., Н.Ф.Расулова.Ўзбекистонда педиатриянинг ривожланиш тарихи. -Тошкент. 2011.-82-83.

2 [2] https://www.minzdrav.uz/uz/news/detail.php?ID=31619



ишларга жалб қилишга эътибор кучайтирилди. Илмий дастурлар ва инновацион ишларни тиббиёт амалиётига татбиқ қилиниши натижасида даволаш ва ташхис қўйишнинг стандартлари амалиётга киритилди. Болалар жарроҳлигига бўлган талабнинг ошиб боришидан келиб чиқиб, 2003 йили 2- сонли болалар жарроҳлиги кафедраси "Болалар ёшидаги госпиталь жарроҳлиги кафедраси"га айлантирилди[31].

Расмий маълумотларга кўра, 1991 йилда 1 ёшгача бўлган болалар ўлими ҳар минг нафарга 35,3 нафарни ташкил этган бўлса, 2004 йилда бу кўрсаткич 15,2 га тушган. Шуни ҳам таъкидлаш жоизки, халқаро экспертларнинг фикрича, Ўзбекистонда чақалоқлар ўлимини нотўғри қайд қилиш ҳолатлари учраганлиги натижасида айрим вилоятларда бу кўрсаткич камайтириб кўрсатилган бўлиши ҳам эҳтимолдан ҳоли эмас[42].

Таъкидлаш жоизки, чақалоқлар нобуд бўлиши даражаси ҳисоботларда келтирилган ҳомиладор аёлларга ёрдам кўрсатиш муассасаларидаги туғруқни қабул қилиш кўрсаткичи туғиш жараёнининг малакали тиббий хизматчилар билан таъминланганлик даражасига мос келмайди. Масалан, 2002 йили ЮНИСЕФ ёрдами билан Тошкент шаҳри, Самарқанд ва Фарғона вилоятларида нобуд бўлган 3000 боланинг касаллик тарихини ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, ўлимга олиб келган сабабларнинг 50,7 фоизи патологик ҳолат ва атиги 13,3 фоизи нафас органлари касалланиши бўлган. Бу таҳлил давомида қуйидаги вазиятларда 50 фоиз гўдакнинг ҳаётини сақлаб қолиш мумкин бўлгани аниқланди:

44 фоиз – бошланғич неонаталь даврда;

32 фоиз – кечиккан неонаталь даврда;

63 фоиз – неонаталь даврдан кейин[53].

Туғилиш ва ўлишнинг барча ҳолатларини аниқ қайд қилиш, нафақат аҳолининг табиий ҳаракати юзасидан ишончли статистик маълумот олишда, балки болалар ҳуқуқини таъминлашда ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Бундай ҳолатларга барҳам бериш мақсадида 2006 йилдан бошлаб тиббий таълим тизимини кенгайтириш ва уни замон талаблари даражасига олиб чиқиш борасида зарур тадбирларни амалга оширишга киришилди. Жумладан, мазкур йилда тиббий таълим тизимини кенгайтириш, соҳа ривожи учун малакали кадрларни тайёрлаш мақсадида Марғилон шаҳрида 360 ўқувчига, Гулистон шаҳрида эса 540 ўқувчига мўлжалланган тиббиёт касб -ҳунар коллежлари ишга туширилди. Мамлакатда замонавий тиббий асбоб –ускуналар билан жиҳозланган қишлоқ врачлик пунктлари ва ихтисослаштирилган марказларда деярли барча аҳолининг тиббий кўрик ва ультра товуш текширувидан ўтказилиши йўлга қўйилди. Эҳтиёждан келиб чиқиб, 2010 йилда. 12 мингдан ортиқ патронаж ҳамширалари, 8 мингдан зиёд педиатр неанатолог, акушер ва тиббиёт ҳамшираси хотин-қизлар ва болаларга тиббий хизмат кўрсатиш бўйича янги технологиялар асосида таълим олиб, ўз малакаларини оширдилар"[61].

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2007 йил 19 сентябрдаги ПФ-3923 сонли Фармони ҳамда Вазирлар Маҳкамасининг тегишли қарорлари талабларини бажариш борасида, соғликни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислоҳотлар натижасида тиббий кадрларни тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш бўйича муайян ишлар қилинди. Жумладан, 2009 йил 1 январь ҳолатига кўра соғлиқни сақлаш тизимида 71962 врач фаолият кўрсатди (2005 йилда улар 71627 та бўлган). Улардан 43166 нафари малака тоифасига эга бўлган (2005 йилда – 42490 та эди). Уларнинг 20860 таси олий, 20247 таси биринчи ва 2059 таси иккинчи тоифага эга эди (2005 йилга нисбатан 7,2 % ошган)[72].

Малакали кадрларга бўлган талабнинг ошиб бориши натижасида 6 та тиббиёт институти ва уларнинг 3 та филиалларида олий маълумотли кадрлар тайёрлаш йўлга қўйилди. 2009-2010 ўқув йилида мазкур олий ўқув юртларига 3372 та талаба қабул қилинди. Улардан 2759 таси бакалавриатга (белгиланган режа – 2861 та), шу жумладан 1071 нафари давлат грантлари асосида ва 613 нафари 53 йўналиш бўйича магистратурага (белгиланган режа

3 [1] Хамраев А.Ж., Эргашев Н.Ш., Малиев М.. 70- лет кафедре детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института. – Ташкент, 2017. –С. 30- 42.

4 [2] Инсон ривожланиши тўғрисидаги миллий маьруза.-Тошкент, 2006. Саломатлик барча учун. Б-41.

5 [3] Инсон ривожланиши тўғрисидаги миллий маьруза.-Тошкент, 2006. Саломатлик барча учун. 42-б.

6 [1] S.A.Djumanov ..Mustaqillik yillarida tibbiy kadrlar tayyorlash va ularning malakasini oshirish sohasidagi islohotlar tarixiga doir. ILMIY AXBOROTNOMA. Samarqand. 2016-yil 2-son (96) -B.6.

7 [2] https://Lex.uz>docs.



– 696 та), шу жумладан 175 нафари давлат грантлари асосида ўқишга қабул қилинди[83]. Бу республика ҳукумати томонидан соғлиқни сақлаш тизимида кечиктириб бўлмайдиган муаммоларни, шу жумладан малакали мутахассис кадрларга бўлган эҳтиёжни тўла қондиришга доир масалаларни ҳал этишга эътибор кучайтирилганлигини кўрсатади.

Белгиланган вазифаларни амалга ошириш мақсадида 2009 йилда клиник ординатура орқали жами 1147 та тор мутахассис, улардан 951 таси (83%) вилоятлар учун тайёрланди. Барча битирувчилар шартнома асосида, ҳудудий соғликни сақлаш бошқармалари томонидан ишга тақсимланган. Вазирлик томонидан клиник ординатура битирувчиларини ишга жойлашиш мониторинги олиб борилди. 2009-2010 йилда клиник ординатурага 1232 та врач қабул қилинди, улардан 1024 таси вилоятлар учун тайёрланди[94].

Малакали мутахассис кадрлар тайёрлаш билан бир қаторда, врачларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш жараёнини такомиллаштиришга эътибор кучайтирилди. Олдинги йилларда 13 минг врач йилига малакасини оширган бўлса, 2009 йил мобайнида Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Андижон ва Самарқанд тиббиёт институтларининг малака ошириш факультетлари, ИТИ ва илмий марказлари қошида 17458 та врач малакасини оширди (режага нисбатан 126,6% ташкил қилган). Бундан ташқари ихтисослаштириш курсларида 18736 та (2008 йилда -16548 та) мутахассис малака оширди.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институтида 2012-2019 йиллар (февраль ойигача) мобайнида Педиатрия кафедрасида таҳсил олган тингловчилар[101]

8 [3] Убайдуллаева С. Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш бўлими ҳисоботи 16.02.2009. 2-бет.

9 [4] Ўша жойда.

10 [1] Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ўқув бўлими бошлиғи. Ф. Шигаеванинг ҳисоботи. (Жорий архив). -Тошкент, 2019.

Адабиётлар

1. Д. А. Асадов. Ўзбекистонда педиатриянинг ривожланиши тарихи. Тошкент, 2011:96.
2. Асадов Д.А., Даминов Т.О., Расулова Н.Ф.Ўзбекистонда педиатриянинг ривожланиш тарихи. Тошкент. 2011:82-83.
3. Djumanov S.A. Mustaqillik yillarida tibbiy kadrlar tayyorlash va ularning malakasini oshirish sohasidagi islohotlar tarixiga doir. ILMIY AXBOROTNOMA. Samarqand. 2016-yil 2-son (96) -B.6.
4. Инсон ривожланиши тўғрисидаги миллий маъруза.-Тошкент, 2006. Саломатлик барча учун. 41-42-б.
5. Тошметова Холида ТашПТИ ўқув ишлари бўйича декан ўринбосари ҳисоботи.-Тошкент, 2019. (жорий архив).
6. Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ўқув бўлими бошлиғи. Ф. Шигаеванинг ҳисоботи. (Жорий архив). -Тошкент, 2019.
7. Убайдуллаева С. Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш бўлими ҳисоботи 16.02.2009. 2, 4-бетлар.
8. Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.Мирзиёевнинг Олий Мажлисга мурожаатномасини ўрганиш ва кенг жамоатчилик ўртасида тарғиб этишга бағишланган илмий -оммабоп қўлланма. Тошкент .,2019:171.
9. Ўзбекистон Республикаси Қонун ҳужжатлари тўплами. №6. Расмий нашр. 13 февраль. 2017й. Тошкент. 125-Б.
10.Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.Мирзиёевнинг Олий Мажлисга мурожаатномасини ўрганиш ва кенг жамоатчилик ўртасида тарғиб этишга бағишланган илмий -оммабоп қўлланма. Тошкент.,2019:171.
11.Қодиров Х. “Моҳият” газетаси. 2016й. 6 июль.№25.(825).
12.Халқ сўзи .№133 (6827).7 июль.2017й.
12.Хамраев А.Ж., Эргашев Н.Ш., Малиев М.. 70- лет кафедре детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института. Ташкент, 2017:30- 42.
14.2016 год-“Год здоровой матери и ребёнка».www.gazeta.uz.
15.ПФ-5590-сон 07.12.2018. Http://lex.uz
16..
17.https://www.minzdrav.uz/uz/news/detail.php?ID=31619 (ҚТ,46-сон454-б.).

Худайбердиев А.К.

УЧИНЧИ РЕНЕССАНСНИНГ ПОЙДЕВОРИ ИЛМ - МАЪРИФАТ!

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Биз кенг кўламли демократик ўзгаришлар, жумладан, таълим ислоҳотлари орқали Ўзбекистонда янги Уйғониш даври, яъни, учинчи Ренессанс пойдеворини яратишни ўзимизга асосий мақсад қилиб белгиладик.
Шавкат Мирзиёев

Ўзбекистон Республикаси давлат мустақиллигининг 29 йиллиги муносабати билан Президентимиз Шавкат Мирзиёев тантанали табрик нутқида тараққиётимизнинг мақсади Учинчи Ренессанс бўлиши лозимлигини илгари сурган эди. Мазкур стратегик ғоя ўзининг улуғворлиги, миллий юксалиш мамлакат тараққиётининг барча жабҳаларида қандай умумий мақсадни кўзламоғи зарурлигини кўрсатади. Учинчи Ренессанс ғоясини, аввало, жамиятимиз чуқур англаши зарурдир.

Шу ўринда нима учун **Учинчи Ренессанс дейилмоқда?** “Ренессанс” сўзи – французча “Renaissonce”, итальянча – “Rinascimento” – қайта юзага келмоқ, янгидан туғилмоқ, қайта тирилиш, уйғониш – деган маъноларни англатиб, атама сифатида унинг мазмуни анча кенг: маданият, илм-фан, санъат, таълим-тарбия, умуман, жамият ҳаётида узоқ муддатли турғунликдан кейин қайта жонланиш, тез ривожланишни, ижтимоий онг ва қадриятлар тизими янги сифат босқичига чиқишини намоён этади. Илк бор атама Европада ўрта асрлар мутаассиблигидан кейин XV-XVI асрлардаги ривожланиш даврига нисбатан фойдаланилган. Ренессанс ижтимоий ҳодиса ўзбек тилига Уйғониш даври деб таржима қилинган. Тарихдан маълумки, биз икки Ренессансни бошимиздан ўтказдик: биринчиси IX-XII асрлар, иккинчиси XIV аср охирги чораги- XVI аср биринчи чораги даврида юзага чиққан.

Биринчи Ренессансда юртимиздан машҳур даҳоларимиз Муҳаммад Хоразмий, Аҳмад Фарғоний, Абу Райҳон Беруний, Абу Али Ибн Сино, Маҳмуд Замахшарий сингари ўнлаб буюк алломаларимизнинг оламшумул илмий ижодий кашфиётлари умумбашарият тараққиёти ривожига беқиёс таъсир кўрсатди. Она заминимиздан етишиб чиққан Имом-Бухорий, Имом-Термизий, Имом-Мотуридий, Бурҳониддин Марғиноний, Абул Муъин Насафий каби улуғ уламолар бутун мусулмон оламининг фахру-ифтихори ва чексиз ғурури ҳисобланади.

Иккинчи Шарқ Уйғониш даври XIV-XVI асрларга тўғри келиб, у “Темурийлар Ренессанси” деб ҳам эътироф этилади ва минтақамизда Иккинчи Ренессанс пойдевори Амир Темур номи билан бевосита боғлиқдир. Соҳибқирон бобомиз Иккинчи Ренессанс ҳомийси, асосчиси сифатида тарихга муҳрланди. Амир Темур марказий бошқарувга асосланган қудратли салтанатни барпо этиш билан бирга, мамлакатда маданий-илмий юксалиш учун ҳам муносиб шароит яратишга интилди. Турли ҳудудлардан диний ва дунёвий илм соҳиблари, шоирлар, меъморлар, ҳунармандлар ва бошқаларни йиғиб, улар орқали мамлакатнинг илмий ва маданий қудрати юксалишига замин яратди. Чингизхон даврида инқирозга учраган маданият, илм-фан, маърифат қайта шаклланди ва тараққий этди. Мамлакат ободлик ва фаровонликка эришди.

Бу икки Ренессанс инсониятга нималарни туҳфа қилди? Бутун дунёга “Байт ул-ҳикма”-Хоразм Маъмун академияси каби илм даргоҳларини тақдим қилди. Ернинг шарсимон экани ҳақидаги ғоя илгари сурилди, глобус яратилди. Ер радиуси илм билан исботланди. Тиббиёт ва алгебра фанининг тамал тоши қўйилди. Шаҳарсозлик, меъморлик соҳаларида қўлга киритилган ютуқлар дунё аҳлини лол қолдирди. Биринчи Ренессансда ислом цивилизациясининг тамал тоши қўйилган бўлса, Иккинчи Ренессансда янада юксалишига йўл очилди. Эътибор берсак, ҳар иккала Уйғониш даврида ҳам энг муҳим жиҳат - давлатнинг эътибори, мамлакат бошқарувида олиб борилган одилона ва оқилона сиёсат, таълим-тарбия устувор бўлган. Бундан ташқари, инсонларда юксак ахлоқ, илм-фанга ташналик билан бирга, борлиқ сирларини очиш ва янги илм яратишга ишонч кучли бўлган. Олимлар ўзлари билмаган ҳолда, бугун олимлар эътироф эта-



ётган Ренессанс даврининг ижрочиларига айланган. Ҳар икки Ренессанс даврида давлат раҳбарлари, олиму фузалолар, биринчи навбатда, ёшлар таълим-тарбияси, маънавияти, иймон-эътиқоди масаласига алоҳида эътибор қаратган. Деярли барча алломалар асарларида таълимни тарбия билан уйғун олиб бориш лозимлиги ҳақидаги фикрларни учратиш мумкин. Масалан, Ибн Сино ўз асарларида илм ва одоб-ахлоқ уйғунлиги, баркамол авлод камолоти ва бахт-саодати, адолат ва диёнат, инсонларнинг ўзаро дўстлиги ва ҳамкорлиги, обод турмуш тўғрисидаги ғояларни илгари сурган. Мутафаккирнинг "Бола баданининг бўғинлари қотиб, тили равон чиқиб, қулоғи эшитиш ва гапни маъқуллаш учун тайёр бўлиб, вужуди илм ва одоб ўрганишга ҳозир бўлганда унга илм ва одоб ўргатиш керак" деб ёзган фикрлари бугунги кунда ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Шу ўринда Президент Ш.Мирзиёев "Донишманд халқимиз ҳар икки Ренессанс даврида жаҳоннинг энг илғор, тараққий этган халқлари қаторида бўлгани барчамизга улкан ғурур ва ифтихор бағишлайди. Буюк аждодларимизнинг бетакрор ва ноёб илмий-маънавий мероси биз учун доимий ҳаракатдаги ҳаётий дастурга айланиши керак. Бу ўлмас мерос ҳамиша ёнимизда бўлиб, бизга доимо куч-қувват ва илҳом бағишлаши лозим. Авваломбор, миллий таълим тизимини ана шундай руҳ билан суғоришимиз керак. Бунинг учун олим ва мутахассислар, уламолар бу маънавий хазинани бугунги авлодларга содда ва тушунарли, жозибали шаклларда етказиб беришлари зарур"[1] дея таъкидлашида соҳа мутахассисларига катта масъулиятли вазифалар юкланмоқда.

Биз кенг кўламли демократик ўзгаришлар, жумладан, таълим ислоҳотлари орқали Ўзбекистонда янги Уйғониш даври, яъни Учинчи Ренессанс пойдеворини яратишни ўзимизга асосий мақсад қилган эканмиз, аввало, учинчи Ренессанснинг мазмун-моҳиятини ҳар биримиз, бутун жамиятимиз чуқур англаб олиши керак. Тарихга назар солсак, Буюк ипак йўлининг чорраҳасида жойлашган она заминимиз азалдан юксак цивилизация ва маданият ўчоқларидан бири бўлганини кўрамиз. Халқимизнинг бой илмий-маданий мероси, тошга муҳрланган қадимий ёзувлар, бебаҳо меъморий обидалар, нодир қўлёзмалар, турли осори атиқалар давлатчилик тарихимизнинг уч минг йиллик теран илдизларидан далолат беради.

Бугун биз учинчи Уйғониш даври остонасида турибмиз. Агар Ўзбекистон Республикаси Президентининг кейинги беш йилда ҳаётимизнинг биргина йўналиши, яъни маърифат, таълим ва илм-фанни ривожлантиришга оид қонун, фармон ва қарорлари, Давлат дастурлари, илгари сурган янгидан-янги ташаббусларининг мағзини тўла чақиб кўрсак ҳам, навбатдаги Маърифат Ренессансининг маркази Янги Ўзбекистон эканига ҳеч кимда шубҳа қолмайди.

Давлатимиз раҳбари таъкидлаганидек: "Халқимизнинг улуғвор қудрати жўш урган ҳозирги замонда Ўзбекистонда янги бир уйғониш – Учинчи Ренессанс даврига пойдевор яратилмоқда, десак, айни ҳақиқат бўлади. Чунки бугунги Ўзбекистон – кечаги Ўзбекистон эмас. Бугунги халқимиз ҳам кечаги халқ эмас". Албатта, Биринчи ва Иккинчи Ренессанс каби Учинчи Ренессанс ҳам узоқ давом этадиган жараён. Учинчи Ренессанс пойдеворини яратиш жараёни беш-ўн йил эмас, анча катта ва машаққатли даврни талаб қилади. Бунинг учун, аввало, минглаб истеъдодли кадрлар, иқтидорли замонавий ёшлар, фидойи инсонлар ниҳоятда зарур.

Президентимиз раҳнамолигида юртимизда улуғ ниятлар билан пойдевори қўйилаётган Янги Уйғониш даврининг ёрқин саҳифаларга бой буюк тарихи яратилмоқда. Бу оламшумул самаралар келгуси авлодларга муносиб мерос қолдиришга хизмат қилиши шак-шубҳасиздир.

Албатта, Янги Ўзбекистонни барпо этиш ва учинчи Ренессанс пойдеворини яратишда зиёлиларимизга катта ишонч билдирилмоқда. Шунинг учун бу заҳматкаш инсонларнинг илмий ва ижодий изланишларини ҳар томонлама қўллаб-қувватлаш, уларга зарур шароитлар яратишни ўзимизнинг бирламчи вазифамиз сифатида кўришимиз даркор. Шу мақсадда ҳукуматимиз томонидан аниқ чора-тадбирлар ишлаб чиқилиб, амалга ошириб келинмоқда[2]. Шу ўринда ҳар қандай фикр ҳам ғоя бўла олмайди. Унинг ғояга айланиши учун одамларни бирлаштирадиган, ўз орқасидан эргаштира оладиган хусусият бўлиши лозим. Демак, Пре-

1 Мирзиёев Ш. Янги Ўзбекистон стратегияси. Тошкент "Ўзбекистон" нашриёти 2021, 225-бет.

2 Мирзиёев Ш. Янги Ўзбекистон стратегияси. Тошкент "Ўзбекистон" нашриёти 2021, 42-бет.



зидентимизнинг “Учинчи Ренессанс пойдеворини яратамиз”, деган фикри ғояга айланиши, рўёбга ошиши учун, аввало, барчамиз бирдек ишонишимиз, тарғибот-ташвиқот ишларини олиб бориб, фуқароларнинг дунёқарашида ана шу ғояга ишончни, маънавий-руҳий ҳолатни шакллантиришимиз лозим. Чунки муайян дунёқараш асосидаги ғоялар, тимсолларни ихтиёрий ёки анъана туфайли ҳақиқат сифатида қабул қилган ҳамда муайян жамоа олдида шу ишончига содиқ қолишга ички ҳис-туйғу билан иқрор бўлган инсон ўша ғояларда назарда тутилган муносабатларнинг ташувчиси, қадрловчисига айланиб, бошқаларни ҳам шунга даъват қилади.

Ўзбекистонда XXI асрда Учинчи Ренессанс даври барпо этилишига ишонган одам қалбан юртимизни аввалги Ренессанслар даврида бўлгани каби, энг тараққий этган мамлакатлар қаторида кўради. Юртимизнинг келажаги нима сабабдан буюк бўлиши, нега бунчалик ишонч билан айтилаётгани ҳақида тушунчаси бор, шунинг учун ҳам у хулоса чиқара олади.

Иккинчи Ренессанс пойдеворини яратишда бош бўлган Амир Темур ишни дастлаб фарзандлар тарбиясидан бошлади. У ёшлар тарбияси борасида қатор муҳим ишларни амалга оширди.

Биринчидан, ҳар бир қишлоқда бошланғич таълим берувчи мактабларни ташкил қилди, ёшларнинг, пировардида халқнинг саводли, билимли бўлишига эришди. Мамлакатдаги маърифий-тарбиявий ишлар давлат томонидан идора қилиниши зарур, деб ҳисоблаб, ўзи бу ишда ўрнак бўлди.

Иккинчидан, илмнинг ривожланишида турли соҳадаги китобларнинг аҳамияти катталигини назарда тутиб, китобни “донишмандликнинг асоси” ва “ҳаётни ўргатувчи”, “инсонни тарбияловчи восита” деб баҳолади. Комил инсонни шакллантиришда билим билан тарбияни ўзаро алоқадор деб тушунди.

Учинчидан, давлат келажаги бўлган ёшларни юксак ахлоқий фазилатларга эга, инсонпарвар, жисмонан бақувват, ватанни севадиган, ҳарбий билимга эга, миллий ғурурли этиб тарбиялашни асосий талаблардан деб билди. Фуқароларни ҳам шунга ишонтира олган Соҳибқирон мамлакатнинг маънавий, маданий, илмий қудратини юксалтиришга эришди. Бу ҳолат мамлакатда маънавий бой инсонларнинг тарбияланишига замин яратди.

Бугунги янги Ўзбекистонда ҳам ана шундай муҳит яратилаётир, ёшлар ижодда ҳам, илмда ҳам, тарбияда ҳам пешқадам қилиб тарбияланмоқда. Улар тарбиясида ҳал қилувчи ўрин тутадиган боғчалар ва мактаблар тизимида улкан ўзгаришларга гувоҳ бўлиб турибмиз. Президентимиз бошчилигида “бола туғилганидан бошлаб, 30 ёшгача бўлган даврда уни ҳар томонлама қўллаб-қувватлайдиган, ҳаётда муносиб ўрин топиши учун кўмак берадиган яхлит ва узлуксиз тизим яратиш, мамлакатимизда Учинчи Ренессанс пойдеворини барпо этишдек улуғ мақсадга эришиш йўлида янги Хоразмийлар, Берунийлар, Ибн Синолар, Улуғбеклар, Навоий ва Бобурларни тарбиялаб берадиган муҳит ва шароитларни таъминлаш муҳим”лигига эътибор қаратилмоқда.

Ренессанснинг таянч устунлари бўлмиш биз - педагоглар, тарбиячилар, ўқитувчи, зиёлилар ҳамда ота-оналар бундай имконият ва шарт-шароитлардан фойдаланиб, маънавияти юксак авлодни тарбиялашимиз ва иймонни қарор топтириш чораларини кўришимиз керак. Аввало, ҳар бир шахс, айниқса, ёш авлодни Учинчи Ренессанс барпо этилишига ишонтиришимиз керак.

Бугун Янги Ўзбекистонда “Миллий тикланишдан - миллий юксалиш сари” бош ғоясига таяниб, Учинчи Ренессанс пойдеворини яратиш вазифаси қўйилган экан, уни бажариш учун биргина раҳбар, педагог ёки тарбиячи эмас, балки шу Ватан барчамизники, дея кўнглида ватанпарварлик, халқпарварлик, инсонийлик фазилатлари мужассам, иймон-эътиқоди бутун бўлган ҳар қандай шахс тарғиботчи бўлиши лозим.

Тўғри, биз Учинчи Ренессансни бир йилда, беш йилда, ўн йилда амалга оширамиз, деб бонг урмаймиз, лекин мана шу Ренессансни яратадиган авлодни вояга етказишга кучимиз ҳам, қудратимиз ҳам, имкониятимиз ҳам етарли. Шундай экан, биздан фақат меҳнат ва таълим-тарбия самарадорлигини ошириш талаб қилинади.

Мустақилликка эришган йилларимизнинг илк даврида биз ўзимизнинг миллий ўзлигимизни англаш, бой тарихий-маънавий ҳамда илмий меросимизнинг асл мазмун-моҳияти мағзини чақиш ва уни рўёбга чиқаришга интилган бўлсак, эндиликда халқимиз жипслашиб “Миллий тикланишдан – миллий юксалиш сари” ғоясини собит қадамлик билан амалга оширишга киришди. Бу даврда жа-



миятимизда ижтимоий тафаккурнинг юксалиш тенденцияси қарор топиши, унга хос ҳам миллий, ҳам умуминсоний қадриятларнинг мужассамлиги эътироф этилмоқда. Миллий руҳ ва умуминсоний қадриятлар уйғун бўлган ижтимоий тафаккур – мамлакатимиз барқарор ривожланишининг ўзак мезони ва мустаҳкам пойдеворига айланмоқда.

Президентимиз ҳозирги даврни миллий тикланишдан миллий юксалиш сари деб эълон қилганлигининг замирида қатъий ишонч ва чуқур ҳикмат бор. Негаки, кейинги 10 йиллигимиз асл юксалиш ва тараққиёт даври бўлиши муқаррар. Зеро охирги йилларда қабул қилинган ва албатта қилинадиган қонунлар, фармон ва қарорлар, амалга оширилаётган кенг кўламли ислоҳотлар тараққиётнинг янги уфқларига асос бўлади. “Биз кенг кўламли демократик ўзгаришлар, жумладан, таълим ислоҳотлари орқали Ўзбекистонда янги Уйғониш даври, яъни Учинчи Ренессанс пойдеворини яратишни ўзимизга асосий мақсад қилиб белгиладик. Бу ҳақда гапирар эканмиз, аввало, учинчи Ренессанснинг мазмун-моҳиятини ҳар биримиз, бутун жамиятимиз чуқур англаб олиши керак. Тарихга назар солсак, Буюк Ипак Йўлининг чорраҳасида жойлашган она заминимиз азалдан юксак цивилизация ва маданият ўчоқларидан бири бўлганини кўрамиз. Халқимизнинг бой илмий-маданий мероси, тошга муҳрланган қадимий ёзувлар, бебаҳо меъморий обидалар, нодир қўлёзмалар, турли осори атиқалар давлатчилик тарихимизнинг уч минг йиллик теран илдизларидан далолат беради”[3], дейди Президент Шавкат Мирзиёев.

Мазкур жиҳатларни “Жамият – ислоҳотлар ташаббускори”, “Халқ давлат органларига эмас, балки давлат органлари халққа хизмат қилиши керак”, “Ҳалоллик вакцинаси”, “Маънавият бўлмаган жойда ҳеч қачон адолат бўлмайди!”,“Инсон манфаатлари ҳамма нарсадан улуғ”, “Халқ бой бўлса, давлат ҳам бой ва қудратли бўлади”, “Халқ биздан рози бўлса, ишимизда унум ва барака бўлади”, “Адолат – қонун устуворлигида”, “Инсонларнинг дарду ташвишларини ўйлаб яшаш – одамийликнинг энг олий мезонидир”, “Биз буюк тарих, буюк давлат, буюк маданият яратган халқмиз”, “Биз – ҳеч қачон меҳнатдан қочмайдиган, қийинчиликдан қўрқмайдиган, адолатни қадрлайдиган, азму шижоатли, буюк халқмиз” каби тамойилларни амалиётга татбиқ қилинаётганлиги билан изоҳлаш мумкин.

Президентнинг илм-маърифатни ривожлантиришга қаратилган кўплаб чиқишларида нафақат ёшлар, балки бутун жамиятимиз аъзоларининг билим савиясини ошириш учун аввало илм-маърифат, юксак маънавият керак бўлиб, илм йўқ жойда қолоқлик, жаҳолат ва албатта, тўғри йўлдан адашиш бўлади деб донишмандларча айтган сўзлари муқаддас китобимиз Қуръоннинг илк оятида хам “Ўқинг”, “Ўқинг” деб илму маърифатга алоҳида урғу берилганлиги ва “Илм”сўзининг такрор ва такрор келганлиги ҳамда Имом Бухорий бобомизни “Илмдан бошқа нажот йўқ ва бўлмагай!” каби сўзлари бу даъватнинг нақадар муҳимлигини англатади. Шунинг учун Президент 2020 йилда Олий Мажлисга мурожаатидаги нутқларида бекорга “Энг катта бойлик – бу ақл-заковат ва илм, энг катта мерос – бу яхши тарбия, энг катта қашшоқлик – бу билимсизликдир!” деб уқтириб ўтмади.

Илм-фан, маънавият-маърифатга йўналтирилган сармоя буюк келажак учун киритилган инвестициядир. Илм-маърифат ривожланмаган давлат ҳеч қачон тўлақонли давлат бўла олмаслиги бизга узоқ тарих ҳамда бугунги асримиздаги юксак тараққий этган илғор мамлакатлар тажрибасидан жуда яхши маълум. Дарҳақиқат, илм-маърифат икки дунё саодатидир, илм-маърифатсиз киши берилган неъматлар қийматини англаб етмайди ва илм-маърифат инсон учун нажотдир.

Шу боис, юртимиз қадим-қадимдан илм-маърифат маркази, цивилизациялар чорраҳаси бўлиб келган. Ушбу табаррук заминдан дунёга илму ирфон зиёсини таратган буюк алломалар, олиму мутафаккирлар етишиб чиққан. Улар илм-фаннинг кўплаб жабҳаларига асос солиб, жаҳон тамаддунининг шонли маёғи бўлиб келганлар. Таъкидлаш жоизки, хусусан, Ўзбекистон ҳудуди ҳам Шарқ Ренессансининг йирик марказларидан бири сифатида дунёга маълум ва машҳур бўлганлигини таъкидлаш бизга фахр ва ғурур бағишлайди.

Халқимизнинг улуғвор қудрати буюк ватандошларимиз – алгоритм асосчиси Ал-Хоразмий, қомусий олим Ал-Фарғоний, геодезия ва минералогия фанлари ривожига улкан ҳисса қўшган Абу Райҳон Беруний, Ғарбда Авиценна номи билан танилган Ибн Сино, давлат арбоби ва буюк астроном Мирзо Улуғбек

3 https://uza.uz/uz/posts/zbekiston-respublikasi-prezidenti-shavkat-mirziyeevning-ituv-30-09-2020



сингари ўнлаб мутафаккирлар, яъни илм-фан асосчилари қилган кашфиёт ва изланишларда намоён бўлиб турибди.

Имом Бухорий, Бурҳониддин Марғиноний, Ҳаким ат-Термизий, Маҳмуд Замахшарий, Баҳоуддин Нақшбанд, Алишер Навоий сингари аждодларимиз номи эса нафақат ислом олами, балки жаҳон цивилизацияси тарихига зарҳал ҳарфлар билан битилган. Шу сабабли ҳам давлат раҳбари ўз нутқида илм-фанга бўлган юксак эътибор ва таълимга тўхталиб, “Вақт ўтиб, болаларимиз ҳам Улуғбек, Ибн Сино, Беруний бўлади, мен бунга албатта ишонаман” деб таъкидлади.

Учинчи Ренессанс даврининг аломатлари мактабгача таълимни ривожлантириш борасида ислоҳотлар натижасида давлат, хусусий, оилавий болалар боғчалари сони 18300 тага етказилди. Шунинг ҳисобидан мактабгача таълим билан қамраб олиш даражаси **69,4** фоизга кўтарилди. 2019 йилдан мутлақо янгича мазмун ва шаклдаги Президент мактаблари, Ижод мактаблари иш бошлади. Олий таълимни ривожлантириш учун ўтган 6 йил мобайнида олий ўқув юртлар сони 77 тадан 177 тага етди, 31 та нуфузли хорижий университетнинг филиали, 27 та нодавлат олий таълим муассасалари, етакчи хорижий университетлар билан ҳамкорликда 141 та қўшма таълим дастури бўйича кадрлар тайёрлаш йўлга қўйилди. Шунга кўра, ёшларни олий таълимга қамраб олиш даражаси 32 фоизга етказилди. Яқин келажакда мактаб битирувчиларининг 50-60 фоизи олий таълим муассасаларида ўқиш имкониятига эга бўлади.

Охирги йилларда давлатимиз раҳбарининг бевосита ташаббуси билан илм-фан, таълим ва ишлаб чиқаришни ўзаро боғлайдиган мустаҳкам механизм босқичма-босқич ишлаб чиқилиб, жорий этилмоқда. Мамлакатимиз ривожланишида илм-фаннинг ролини кучайтиришга қаратилган ислоҳотларнинг амалий натижаси сифатида 2017-2020 йилларда қатор илмий, таълим ва инновацион ташкилотлар (тузилмалар) ташкил этилди. 32 та илмий-инновацион тузилмалар (6 та технопарклар, 8 та илмий марказлар ва 18 та илмий- тадқиқот институтлари) ҳамда янги 29 та олий таълим муассаслари ва уларнинг филиаллари шулар жумласидандир.

Кўриниб турганидай, мамлакатимизда янги даврнинг пойдевори бўлмиш жуда кенг миқёсдаги янгича сифат ва кудратга эга замонавий инновацион тизимларни яратиш жараёнлари давом этмоқда. Давлат раҳбаримиз назарда тутган Учинчи Ренессанс - мамлакатимизда илм-фан тараққиётининг, иқтисодиёт ва жамиятнинг, халққа хизмат қилиш ва кишиларни рози қилишдай эзгу ният билан амалга оширилаётган барча ютуқлар – кишиларимиз ва ёшларимиз ақлу заковатининг, иқтидор ва истеъдод қувватининг ёркин тантанаси бўлади.

Бугунги кунда ҳар бир Ватан фидойилари, илм-фан арбоблари, тадқиқотчилар, олимлар диёримиздаги янги уйғониш даврининг ўзига ҳос бўлган жиҳатларини соҳалар кесимида тадқиқ қилишга киришди. Жумладан педагогика фанлари доктори, профессор М.Қуронов ва психология фанлари бўйича фалсафа доктори Х.Жабборовлар томонидан учинчи ренессанс даврининг ғоявий, мафкуравий, педагогик, психологик жиҳатлари тадқиқ қилиниб, қуйидагича таҳлиллар келтирилган. “Учинчи Ренессанс – маъно + фикр + ғоя + ҳаракат = Миллий ғоя!” формуласи келтирилади. Бунда асосан мустақилликни мустаҳкам ҳимоялаш кераклиги, мазкур ҳолат бўйича ўтмишдан сабоқ чиқариш кераклиги, масалан мустақилликни ҳарбий ҳимоялаш мумкинлиги, маънавий ҳимоялаш мумкинлиги, тарихдан бизга маълумки, биз қачон мустамлакага тушган бўлсак, халқнинг бирлашмаганлиги сабабли содир бўлганлигини кўрамиз. Халқнинг бирлашмаганлигининг сабаби эса, ҳаммани бирлаштирадиган ғоя ишлаб чиқилмаганлиги ва бу ғоя одамларнинг қалбига сингдирилмаганлиги бўлиб чиқади.

Бизда бу ғоя бор “Миллик тикланишдан – миллий юксалиш сари”. Энди мана шу мустақилликни ҳимоя қилиш, учинчи ренессанс пойдеворини ҳимоя қилишимиз керак. Биз буни ўз вақтида ҳимоя қилмасак, у душманлар томонидан бузилиши мумкин. Буни ҳам маънавий томонидан ҳимоя қилишимиз, яъни Учинчи Ренессанс даври пойдеворини бузишга ҳаракат қилаётганларга қарши курашишимиз керак. Бизга узоқдан туриб маънавий ҳужум қилишяпти. Мана шу маънавий ҳужумларга индамай турмаслигимиз керак. Уларга жавоб беришимиз керак ва бу ҳам илмий асосда бўлиши керак. Учинчи Ренессанснинг қурилиши ва ҳимояси илмий асосга қурилса, бу катта кафолат бўлади. Ватанни чегарачи қўлида қурол билан қандай ҳимоя қилаётган бўлса, одамларнинг маънавиятида ҳам шун-

дай ҳимоя ўрнатилади.

Учинчи Ренессанс миллий ғоя нима учун биз уни маънавий ғоя деб аташимиз керак. Чунки илмга қарасак бунинг жавобини биламиз. Унда маъно деган сўздан бошлаймиз. Чунки Учинчи Ренессанс даври мукаммал амалга ошиши учун, тез амалга ошиши учун одамлар, ёшлар учинчи ренессанснинг маъносини тушуниб олишлари керак, қабул қилиб олишлари керак. Ўзига манфаатли эканлигини англашлари керак. Ўзини бахтли бўлишлиги учун Учинчи Ренессанс бўлишлигига иқрор бўлиши керак. Маъносини тушуниши керак. Маънодан кейин фикр келади. Фикрдан кейин ғоя келади. Ғоядан кейин ҳаракат бошланади. Ҳаракат эса Учинчи Ренессансни яратади.

Демак, биз ҳозир шуни бошидан бошламасак, бошидан пухта илмий асосда илмий ташкил этмасак мураккаб бўлади. Нима учун мураккаб бўлади? Одамлар яхши тушунмаса, яхши англамаса, ўзини манфаатини кўрмаса, умуммиллий ҳаракатга қўшилиши қийин бўлади. Яна уларни чақириб, йиғиб ташкил қилиш керак бўлади.

Хулоса ўрнида айтиш жоизки, мамлакатимизда илм-маърифатга берилаётган алоҳида эътиборнинг замирида чуқур маъно бор. Илм-маърифат – бу янги уйғониш даврининг пойдевори, унинг асосида эса шу юрт фуқароларининг миллий тафаккури, миллий ғояси, эртанги кунга, тараққиётга бўлган ишончи бўлиб, қайсики, жамиятдаги барқарорликни таъминлаб берувчи асосий устувор омиллардан биридир. Илм-фан ривожланар экан, нафақат иқтисодиёт, балки ижтимоий-маданий соҳанинг ҳам тараққиёти кафолатланади, мазкур кафолат эса ўзида янги Ренессанс даврини ифода этишига ҳеч қандай шубҳа йўқ.

Saydazimov K.T.

NORMATIV TUSHUNCHALARNING MANTIQIY ASPEKTLARI

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

“Albatta, bugungi kunda zamonning o’zi oldimizga dolzarb qilib qo’yayotgan o’tkir masalalarni hal etish, O’zbekistonimizni jaxondagi rivojlangan, demokratik davlatlar qatoriga olib chiqish oson emas. Buning uchun hammamiz – butun xalqimiz birgalikda, bir yoqadan bosh chiqarib, harakat qilishimiz kerak. Ana shunday umummilliy birlik va hamjihatlikning asosiy shartini men avvalo odamlar bilan, jamoatchilik bilan ochiq va samimiy muloqot tashkil etadi” – deb ta’kidlagan edi Sh.M.Mirziyoyev. [1: 110].

Bugungi zamonamizda insonga jamiyatning turli jabhalarida axborot vositalari orqali sodir etilayotgan rang-barang olamshumul voqea hodisotlar bir zumda yetkazilib turibdi. Albatta bu jarayon o’ziga xos ijobiy tomonlari mavjud. Buning barobarinda u yoki bu tafsilotlardan bohabar bo’lgan sub’yekt o’zining shaxsiy fikrlarini, yondashuvlarini ifoda etib boradi. Bu jarayonda u har bir inson uchun bo’lgan qadriyatlar tizimida jo bo’lgan ustqurmadaga tayanadi. Har qanday falsafiy yondashuvlar asos vazifasini diniy, dunyoviy yoki boshqa turli ta’limotlar asosida yaratiladi. Bu esa odamlarning muayyan ijtimoiy, huquqiy, siyosiy qadriyatlariga bo’lgan yondashuvini yanada kuchaytiradi va uning baholash mulohazalarini namoyon bo’lishiga xizmat qiladi. Albatta, baho va normalarga oid hodisa, voqea, jarayonlarni o’zida aks ettiruvchi, ularning mohiyatini ochib beruvchi tushunchalari, kategoriyalari mavjud.

Ijtimoiy fanlarning muhim tarkibiy qismi bo’lgan, baholash mantig’i va deontik mantiq nazariy bilimlar bilan chambarchas bog’liq bo’lib jamiyat taraqqiyotini belgilab beradi. U ijtimoiy baholovchi mulohazalarining mantiqan umumlashmasi, sintezidir. Baholash mantig’i hayot, hayot tarixiy taraqqiyot jarayonida ilgari surgan ijtimoiy mulohazalar negizida o’z xulosalariga aniqliklar kiritadi, ularni boyitadi va rivojlantiradi. Ma’lumki, falsafa ijtimoiy faoliyatda voqeilik hodisalarni, inson ongi, hatti-harakatlarini ham baholash jarayoni doimiy ravishda sodir etib kelinadi. Baholarda sub’yektiv va ob’yektiv haqiqatlarning o’zaro munosabatlari, tafovutlari yaqqol ko’zga tashlanadi. Ma’lum bir shaxs tomonidan u yoki bu ob’yektlarni foyda va zarar, yaxshi va yomon, sevgi va nafrat kabi qadriyat kategoriyasi orqali taqqoslashga urinadi.

Baho va normalar tadqiqoti barcha gumanitar va ijtimoiy huquqiy fanlar bilan uzviy bog’liqdir. Baholash jarayoni mazkur fanlar tadqiq etadigan voqea hodisaning umumiyligidan kelib chiqadi. Ular o’z predmeti doirasida baho va normalarni ijtimoiy vosita sifatida o’rganadilar. Ijtimoiy fanlar: falsafa, huquqshunoslik, sotsiologiya,

dinshunoslik, politologiya, tarix kabi fanlar umumiy tarzda tabiat va jamiyat, inson - ijtimoiy mavjudot, insonning atrof-muhitga munosabati kabi ilmiy tushunchalarini o'rganish bilan bog'liqligida baho va normalarning ilmiy yondashuvini kuzatsa bo'ladi.

Jamiyatda inson u yoki bu sifatlari o'zga insonlar munosabatlarida namoyon bo'ladi. Shaxsning shakllanishi – ikki tomonlama jarayonni o'zida aks ettirib, unda kundalik muloqot jarayoni, insonlar o'rtasida fikr, mulohazalar bilan almashinish, chuqur munozaralar alohida ahamiyatga ega. [2: 43]

Ongning aksiologik funksiyasi (baholash) funksiyasida inson tashqi dunyo haqida ma'lumotlar olish bilan bir vaqtda ularni o'z ehtiyojlari va manfaatlari nuqtai-nazaridan baholaydi. Ong, bir tomondan, ob'yektiv aks ettirish shakli, inson mayllari va manfaatlariga bog'liq bo'lmagan voqeilikni bilish shakli hisoblanadi. Bilimlar olish, obektiv haqiqatning tagiga yetish, bilish faoliyati sifatidagi anglash jarayonining natijasi va maqsadiga aylanadi. Boshqa tomondan, ong voqeilikka sub'yektiv munosabat ko'rinishlarini, uni baholash, o'z bilimini va o'zini anglab yetishni ham o'z ichiga oladi. [3: 336]

Baho va normalar falsafiy yondashuvi tadqiqotida nihoyatda murakkab va serqirra ilmiy ob'yekt hisoblanadi. Chunki baho va normalar jamiyatda yaxshilik, majburiyat, adolat, hayot mazmuni, inson fazilati va qadr-qimmati, haqiqat kabi ahloqiy kategoriyalari bilan chambarchas bog'liq. Bu kabi masalalar yechimi antik davrlardan boshlanib faylasuf, mutafakkirlarning e'tiborida bo'lib kelgan. Shaxs odatiy kundalik hayotida uchrab turadigan turli ijtimoiy masalalar yechimi jamiyat taqdiriga foydali yoki zarar keltiradigan natijadarda ijtimoiy, shaxsiy fikr va mulohazalarga ehtiyoj tug'iladi. Baholash mantig'ida o'rtaga qo'yiladigan masalalardan biri ham mulohazalarni, dalillar asosida birinchidan, chin yoki yolg'onligini; ikkinchidan, mantiqiy modal tushunchalarni tahlilini; uchinchidan, mantiqiy, ilmiy usullardan foydalangan holda mulohazalarning maqsadga muvofiqliligini aniqlashdan iborat. Ushbu jarayonda fikr mulohazalarning ob'yektiv yoki sub'ektiv xarakterga egaligini inobatga olgan holda "yaxshi", "yomon", "befarq" kabi tushunchalar bilan qiyosiy o'rganishni o'z ichiga oladi. Jamiyatda yuzaga keladigan ijtimoiy, ahloqiy, siyosiy, huquqiy masalalar ijtimoiy muhokama, bahs-munozaraga duch kelmay iloji yo'q. Qiziqarli tomoni shundaki, inson o'zining hulq-atvori bahosini jamiyatda mavjud bo'lgan normalar asosida belgilab beriladigan bahoga muhtojligini, uni ma'nan rag'batlantiruvchi kuch sifatida o'zida emas balki ob'yektiv faktorlarda topishga harakat qiladi.

Inson rivojlanishi – bu ichki va tashqi, boshqaruvchi va boshqarilmaydigan faktorlar asosida shaxs shakllanishi jarayoni hisoblanadi. Ushbu shakllanish jarayoni aniq bir ijtimoiy muhit, unga ta'sir qiluvchi insonlar fikri sharoitiga bog'liq.[4: 120]

Inson narsa va hodisalarning hususiyatlarini anglab, ularning qiymatini baholashga, ya'ni jamiyat aksiologik jihatini ochib berishga intiladi. Ongning sub'ektiv jihati insonning faol amaliy faoliyati: tanlash, rejalashtirish, baholash kabi jarayonlar haqida o'ziga hisobot berishni taqozo etadi. Bu jarayon esa baholash tushunchalari bilan bog'liqdir.

Baholash tushunchalaridan aksiologik kategoriyalar sifatida ob'yektning mutloq va taqqoslovchi xarakterini belgilashda keng foydalaniladi. Baholashning sub'yektiv tabiati turli nazariyalarda tadqiq etilib, dunyoni insonparvarlik g'oyalarini ifodalab keladi. Aniq fikrga kelishda baholash jarayoni birlamchi darajadagi vosita hisoblanib, sub'yekt va ob'yekt o'rtasidagi munosabatlarni to'g'ri, muvofiq tashkillashtirishga yordam beradi. Turli fikr mulohazalarning birlamchi bazasida baholash mulohazalari vositasida belgilangan normalar asosida qiyosiy taqqoslanadi ya'ni ushbu fikr mulohazalardagi tafovut elementlari ajratiladi. Albatta bu jarayonda mulohaza ob'yektining belgilangan standartlarga tayangan holda uning ichki manfaatlarini hisobga olish zarur. Ma'lumotlar asosini tashkil qiluvchi bazis tayyorlanadi va ularning ob'yektivligi o'rganiladi. Obe'ktni baholash asosida shakllangan ma'lumot ishonchlilik va adekvatlilik ko'rsatkichlarini ifodalaydi.

Falsafa tarixida baholarning ob'yektiv yoki sub'yektiv ifodasi ulkan qiziqish uyg'otib kelgan. Avstraliyalik faylasuf Jon Makkining "Etika: yaxshi va yomonning shakllanishi" kitobi ushbu muhokamalarning markazida bo'ldi. Bu yerda ontologik nuqtai-nazaridan qadriyatlarning ob'yektivligi masalasi ko'tariladi. U o'zining asosiy tezislarini ontologik jihatdan izohlab, birinchi va ikkinchi darajali hukmlar o'rtasidagi farqni ajratadi. Birinchi darajali hukmlar jamiyatdagi u yoki bu inson xatti-xarakatlarini yaxshi yoki yomonligini ahloqiy shart, majburiylik pozitsiyasini belgilab, ko'pchilik tomonidan qoralanishini



ifodalasa, ikkinchi darajali hukmlar esa “birinchi darajali hukmlar” asosida bizning ahloq normalari haqida fikrlashga undaydi xolos. Uning fikricha, turli jamiyat, ijtimoiy qatlamlarda va tarixning turli davrlarida axloqiy me’yorlar va e’tiqodlarni tushunish juda mushkul. Chunki odamlarning turli hayot shakllarida ifoda etiladigan, qadrlanuvchi ob’yektlar sub’yektivlik pozitsiyasidan kelib chiqadi. Hozirgi kunda monagam hayot kechirish ma’qullaydiganlar lageri monogam hayot kechirayotganlarni ma’qullashi uchun emas, balki o’zlari shu pozitsiyada bo’lganliklari uchundir. [5: 82]

Nemis faylasufi Rudol’f german Lotse fikriga ko’ra inson uchun qadrning intersub’yektiv hususiyati asosida insonning his-tuyg’ularsiz qadrning o’zi mavjud bo’lmasligini ta’kidlaydi. Bu jarayonda baholash mulohazalari baholash ob’yektlari bilan shartlangan degan xulosaga keladi. [6: 49]

Ma’lumki, aksiologik kategoriyalar baholash mulohazalarining muhim strukturaviy komponentidir. Bunday jarayonlarning ilmiy tadqiqoti baholash mantig’i orqali amalga oshiriladi. Aytish joizki, baholash jarayoni falsafaning asosiy predmeti bo’lgan ong, borliq turli ijtimoiy hodisa va faoliyatlar mohiyatini yanada kengroq anglashga turtki beradi. Jamiyatni umuminsoniy munosabatlari, ijtimoiy regulyativ vazifasini amalga oshirish va tartiblashda baholash jarayonini falsafiy nuqtai-nazaridan tadqiq etish zaruriyat sifatida namoyon bo’ladi. Baho va norma masalalarini falsafiy mohiyatini ko’rib chiqish, umumiy ma’noda uning dolzarblilik tomoni shundaki, ular ijtimoiy faoliyatning barcha elementlarini bevosita va bilvosita o’zaro bog’liqligini belgilab beradi. Baholash jarayoni ishtirokisiz mavjud bo’lgan hech bir ijtimoiy soha yo’q. Ular “baho”, “ijtimoiy baholash”, “norma” kabi tushunchalari bilan bog’liq bo’lib, o’zining ta’siri bilan jamiyat rivojlanishiga qaratilgan.

Jamiyat to’laqonli rivojlanishi uchun unda turli fikrlovchi guruhlar, kishilar, harakatlar, partiyalarning bo’lishi maqsadga muvofiq sanaladi. Ular o’z fikrlarini ochiq-oydin ifodalashlari, o’zgalardagi nuqsonlarni, kamchiliklarni tanqid qilishlari imkoniga ega bo’lishi va bunda hech qanday tayziqlarga duch kelmasligi kerak. Bunda tanqid nafaqat yuqoridan pastga, balki pastdan yuqoriga ham amalga oshirilishi kerak. [7: 69]

Baho va norma konstruktiv tizimlashtirish jarayoni individual va ijtimoiy qadriyatlar kompleksiga bevosita singib ketadi. Baholash va deontik mulohazalar fenomenologik nuqtai-nazaridan ijtimoiy ong orqali qadr-qimmatga ega bo’lgan narsa va hodisalarni bilish, anglashni amalga oshirish vazifalarini bajaradi. Bu jarayonda esa moddiy va ma’naviy qadriyatlar tizimida yangi sub’yektiv yoki ob’yektiv yondashuvlar, tamoyillar paydo bo’la boshlaydi.

Albatta, shaxsning shakllanib borishida ham unga ta’sir o’tkazuvchi ma’naviy, moddiy, ijtimoiy sharoitlar, vositalarni ham inobatga olish zarur. Baho va normalar ijtimoiy hayotda zaruriy vosita hisoblanadi. Inson ijtimoiy mavjudot sifatida u kimnidir fikriga, o’zining hatti-harakatlarini baholashga muhtojligini sezadi. Baho ijtimoiy qadriyatlarni yuzaga kelishida funksional vazifani bajaradi. Baholash jarayoni shaxsiy va ijtimoiy qadriyatlar tizimiga singib ketgan bo’lib, falsafiy nuqtai-nazardan u jamiyatdagi umumbashariy, umuminsoniy, ahloqiy, ma’naviy ahamiyatini ifodalaydi. Ijtimoiy baholash jarayoni tarixiy taraqqiyot mahsuli sifatida inson, uning faoliyati, turmush tarzi, hatti-harakat, ishonch e’tiqodiga ta’sir o’tkazib kelgan. Normalar esa qadimdan jamiyat hayotini tartibga soluvchi vosita sifatida o’zini namoyon etadi. Jamiyat borlig’ini rivojlanishi, uning taraqqiyoti qonuniyatlarini, undagi hodisa va jarayonlarni tizimli ravishda tartibga soladi. Normalar insonlar o’rtasidagi munosabatlarni axloqiy, huquqiy tartibga solish uni samarali amalga oshirishni tashkil etish uchun ham zaruriy mexanizm sifatida shakllanib, ijtimoiy guruhlar faoliyati, kishilar hatti-harakatlarini ma’lum yo’nalishga buradigan tegishli me’yorga soladigan ma’naviy hodisaga aylanadi.

Shaxsning shakllanishi uchun uni o’rab turgan va hayoti kechayotgan bevosita shart-sharoit mikromuhit hisoblanadi. Unga insonni qurshab olgan oila, o’quv, mehnat jamoalari va boshqa ijtimoiy guruhlar kiradi. Shaxsning shakllanishi va faoliyati mana shu sharoit ta’sirida kechadi va ko’p jihatdan ularning yo’nalishi, darajasi hamda boshqa sifatlari shu muhit bilan belgilanadi. [8: 124]

Jamiyatda baholash masalasi inson faoliyati, turmush tarziga bog’liq bo’lgan ijtimoiy-falsafiy, diniy, huquqiy konsepsiyalarga bog’liq jarayon hisoblanadi. Umuman olganda, baholash jarayonining hususiyati shundan iboratki, bunda ob’yektning umumiy manzarasini yakdil holatda ob’yektiv yoki sub’yektiv ifodalanadi. Sub’yekt tomonidan tahlil etilayotgan ob’yektning salbiy ko’rsatkichlari mavjud bo’lib, ma’lum bir normalarga zid bo’lgan holatda shu ob’yektga nisbatan turli ijtimoiy baho bildirish yuzaga keladi.



Baho va normalarga falsafiy yondashuvi asosini quyidagi mezonlar tashkil etadi:

Birinchisi – baho va normalar inson va jamiyat bilan uzviy aloqadorligi, jamiyatda voqea hodisalarga ma'naviy asosini tashkil etilishi.

Ikkinchisi – baho va normalarning bir-birini taqozo etib boradi, ya'ni normalarga asoslangan inson hatti-harakatlariga (ijobiy yoki salbiy fikr bildirish) ijtimoiy baholanish jarayonini amalga oshirilish holati.

Uchinchisi – baho va normalarning jamiyat ijtimoiy taraqqiyotiga bog'liqligi. Jamiyatning umumiy manfaatlariga hizmat qilishi. Jamiyatdagi turli fikr mulohazalarni, bilimlarning chinligi masalasini yechimini topishga asos bo'lishi.

Baho va normalarning falsafada quyidagi asosiy vazifalari mavjud:

Birinchisi – baho va normalarning metodologik funksiyasi. Baholash va normalar jarayonini tadqiq etish vositalari bo'lmish kategoriyalar, tushunchalar, qonunlar ilmiy jihatdan ishlab chiqiladi. Ana shu ishlab chiqilgan ilmiy ta'rif va tushunchalar, fanlarda yo'riqnoma vazifasini bajaradi.

Ikkinchisi – baho va normalarning evristik funksiyasi. Baho va normalarning ijtimoiy voqelikni mantiqiy usullari va metodik vositalari tizimiga ega. Ushbu vazifa orqali jamiyatdagi voqea hodisalarni sharhlash bilangina emas, balki bu hodisalarning mohiyatini ochish, yangi metodologik prinsiplarini topish bilan ham shug'ullanadi.

Uchinchisi – baho va normalarning ilmiy-amaliy funksiyasi. Har qanday ijtimoiy voqea hodisalar to'g'risidagi fikr mulohazalar muayyan ilmiy dalillarga asoslanishi kerak. Borliqdagi mavjud bo'lgan voqelikga ijtimoiy, falsafiy, ahloqiy, huquqiy normalari bo'yicha amaliy tavsiyalarni ishlab chiqadi.

To'rtinchisi – baho va normalarning ilmiy bashorat funksiyasi. Bashorat – (arab.hushxabar) –ilmiy bilishning bir shakli, hali fanga to'la ma'lum bo'lmagan, imkoniyat tariqasidagi hodisalar, turli jarayonlar to'g'risida oldindan fikr aytish. [8: 40]. Baho va normalarni ilmiy o'rganish asosida ularning kelajakdagi ifodasi to'g'risida bashorat qilishni anglatadi.

Beshinchisi – baho va normalarning tarbiyaviy funksiyasi. Yoshlarda o'sib borayotgan bilish ehtiyojlarini qondirish, o'zligini anglash va tarbiya jarayonlarida individual baho bera olish, mustaqil fikr mulohaza yuritishga xizmat qiladi.

Baho va normalar vazifalari jamiyatdagi voqea-hodisalar va jarayonlarni bilishga, ularning qonuniyatlarini ochishga qaratilgan umumfalsafiy, xususiy-ilmiy usullar, yo'llar, qoidalar va vositalar tizimidir. Bu usullardan foydalanish olib borilayotgan tadqiqotning predmeti va vazifalariga bog'liq.

Oltinchisi – baho va normalarni tasvirlovchi funksiyasi. Mulohaza va voqelikni taqqoslashning birlamchi vazifasi voqelikdagi real holat ko'rinishida bo'lgan mulohaza terminlarida uchraydigan "chin" va "xato" tushunchalarni tasvirlovchi ifoda sifatida namoyon bo'lishini ta'minlaydi.

Yettinchchisi – normalarni baholovchi funksiyasi. Mulohaza standart, reja sifatida namoyon bo'ladi va "yaxshi", "yomon", "ahamiyatsiz" tushunchalari orqali keltirilgan holat, voqelik bilan taqqoslanadi.

Baho va normalarning falsafada ijtimoiy yondashuv, sub'yektivlik, ob'yektivlik, tarixiylik, mantiqiylik, kommunikativlik tamoyillari, ya'ni baho va normalarga oid voqea-hodisalar va jarayonlarni o'rganishda rioya qiladigan asosiy qonun qoidalariga ega.

Sub'yektivlik tamoyili. Baho va normalarga tegishli voqea hodisa vujudga kelishi va rivojlanishi ma'lum bir shaxs, ijtimoiy guruhlarning fikr mulohazalariga bog'liq bo'lgan ilmiy dalillar asosida ijtimoiy hodisalarni ijobiy yoki salbiy tomonlarini hisobga olgan holda yaxlit hodisa sifatida o'rganishni taqozo etadi.

Ob'yektivlik tamoyili. Baho va normalarga tegishli voqea hodisa va jarayonlarga nisbatan hech qanday o'zgartirishlarsiz xolisona, qarama-qarshi fikrlar va mulohazalarni chinligini o'rganishni anglatadi.

Tarixiylik tamoyili. Muayyan, baho va normalar ularning ijtimoiy tafakkurdagi in'ikosi o'rtasidagi nisbatni ifodalaydigan qoidalarni aks ettiradi. Bunda tarixan namoyon bo'lib kelayotgan baholash mulohazalari, ijtimoiy normalar turli bosqichlarni xronologik izchillikda tahlilini taqozo etadi.

Mantiqiy-me'yoriylik tamoyili. Qadimgi yunon faylasufi Demokrit aytganidek: "Me'yor buzilsa, eng yoqimli narsa eng yoqimsiz narsaga aylanadi". Baho va normalarning mantiqiy tahlili deontik modal tushunchalarni o'rganish bilan bog'liq bo'lib ahloqiy dilemmalarni mantiqiy qonun va qoidalar asosida o'rganishni ifoda etadi. Deontik mantiq – normativ tilning mantiqiy tuzilishini o'rganuvchi mantiq; normativ tushunchalar haqidagi ta'limot. [10: 53].

Kommunikativlik tamoyili. Kommu-



nikatsiya (lot. Communicatio – xabar bermoq, suhbatlashmoq) – muloqot qilish; bir odamdan boshqa odamga xabar berish, odamlarning bilish – mehnat faoliyatida til vositasida amalga oshiriladigan o'zaro ta'sirning maxsus shakli.[9: 97]. Baho va normalar shaxs, jamiyat, ijtimoiy munosabatlar tizimida to'plangan bilim, axborotlarni qayta ishlash, o'zgartirish, almashinish va ulardan foydalanishni o'z ichiga oladi.

Finlyandiya mantiqshunos olimi Fon-Vrigt baholashni aksiologik konsepsiyasi turli mantiqiy konsepsiyalar ichida o'ziga hos o'rni borligini ta'kidlab o'tgan. Bularga quyidagilarni kiritadi: 1) baholash: yaxshi va yomon, ezgulik va yovuzlik;

2) normativ konsepsiyalar (majburiyat, jura't, ruhsat, huquq);

3) inson hatti-harakatlariga bog'liq bo'lgan konsepsiyalar (amaliy mulohaza yuritish, maqsadga yo'naltirish, motiv, iroda, zaruriyat, manfaat).

Fon-Vrigt fikricha ushbu tasniflash orqali baholashning o'zi ham modal mantiqning predmeti sifatida o'rganiladi. [10: 51]

Inson hayotida yaxshi va aks bo'lgan amallar, hatti-harakatlar mavjuddir. Ushbu masalalarda ijtimoiy, diniy, ahloqiy, huquqiy bilim tizimi, odamlar fikr-mulohazalari va bahs-munozaralarida turli ijtimoiy pozitsiyalarni mavjud bo'lishini kuzatamiz. Albatta, bu masalalarda mantiqiy baholash va normalarning ilmiy tadqiqotini olib borish mushkul yoki imkonsizdek tuyuladi. Antik davr faylasufi Suqrot ham bir mulohazada haqiqat va baholash o'rtasidagi qiymatini izohlash imkoniyat bilan bog'liq qiyinchiliklarga duch kelgan. Uning fikricha haqiqatparvar, adolatparvar inson adolatsiz hatti-harakatlar sodir etishi mumkin emas, yo'qsa u adalatlilik mezonlariga javob bermay qolishi mumkin. Ta'kidlash joizki, tadqiqot doirasida bir tarixiy davrdan ikkinchisiga, bir ijtimoiy fikrdan boshqa bir fikrga o'tish jarayonida baholash va normalar sub'yektiv va o'zaruvchanligini kuzatamiz.

Insonlar hatti-harakatini boshqarish – bu normalarning muhim vazifalaridan biri bo'lib, kelajakdagi harakatlarni boshqarish mumkinligi shubhasiz; kelajak bilan nisbat olinishi esa normalarning regulyativ funksiyasi ekanligini belgilaydi. Normalar o'tgan zamondagi hatti-harakatlarni baholash va uning interpretatsiyasida qo'llaniladi. Harakatlarning boshqaruv jarayonini esa ko'rib chiqishga harakat qilamiz. Har qanday ma'lumot muayyan norma yoki normalar tizimiga tegishli bo'lgan ma'lumotga mos kelishi aniqdir. O'z navbatida, aynan shu harakat boshqa normalar tizimiga zid bo'lib qolishi ehtimoli mavjud. Qizig'i, aynan shu ikkita ma'lumot chin ko'rinishida ham kelishi mumkin. Shuni aytish joizki, bunday ma'lumotlar ba'zida amaliy yechimni hal etmay qoladi. Chunki agentning haqiqatda nima qilish kerakligini ma'lum qilmaydi. Bunda esa, haqiqat masalasi yechimini topishda faqat deontik gap tuzilmasigina zarur, muhim o'ringa ega. Inson va jamiyat uchun ahamiyatli bo'lgan barcha narsa, hodisa va voqealar: erkinlik va ezgulik, tenglik, tinchlik, haqiqat, ma'rifat, madaniyat, moddiy va ma'naviy boyliklar qadriyat hisoblanadi. Shunday ekan, jamiyat hayotida qadriyat va majburiyat ahloqiy kategoriyalar kabi alohida ahamiyatga ega. Ular bilan bog'liq bo'lgan turli ijtimoiy mulohazalar mantiqiy asoslarsiz, hukm va xulosalarsiz mavjud bo'lishi mushkuldir.

Baholash jarayonini tadqiqotida baho bilan bog'liq ahloqiy jarayonlarni o'rganishda formal mantiqning usullaridan foydalanish maqsadga muvofiq ekanligini kuzatamiz. Nemis faylasufi, fenamenologiya asoschilaridan biri Edmund Gusserl shunday deydi: "Formal mantiq asta-sekinlik bilan kengayib boradiki natijada u o'zida formal aksiologiya va metodologiyani aks ettiradi. Bu jarayon esa baholash mantig'ini rivojlanishiga olib keladi. Har bir ijtimoiy soha o'zining "sintaktik" kategoriyalari, o'ziga xos asosiy modal tushunchalari, deduktiv shakllari va natijada o'zining "formal mantig'i"ga ega bo'ladi." [11: 18]

Insonni qurshab turuvchi ijtimoiy borliqning tuzilishi, taraqqiyot qonuniyatlarini bilish, ularni falsafiy mantiqiy baholash tahlilida ko'rib chiqish murakkab jarayon bo'lib, uning natijasida mantiqda baholanish jarayoni, qiyosiy baholash usuli, aksiologik ziddiyatsizlik tamoyillari baholash mantig'i, afzalliklar mantig'i, deontik mantiq kabi ilmiy sohalarda ko'rib chiqiladi. Shunga muvofiq tarzda ularning tub mohiyatini o'zida ifodalaydigan tushunchalar, atamalar ham yuzaga keladi. Masalan, baholovchi mulohazalar, baholarning asoslanishi, deontik modallik, deskripsiya, deskriptiv mulohaza, destruktiv dilemma kabi atamalar shular jumlasidandir.

XX-asr boshlarida mantiqiy pozitivizm falsafiy yo'nalishi tomonidan tajribadagi hodisalarni tushunchalar orqali izohlash imkoniyati mavjud bo'lib, ularni so'zlar orqali ifoda etish va mantiqiy verbalizatsiya qilishga harakat qilindi. Ilmiy nazariya mavjud bo'lgan va rivojlanayotgan



kontekstga kiritilgan baholash namunalarining tarkibiy qismlari yoki “normal” fanni boshqaradigan “paradigmalar” shakllana boshlanib, mantiq ilmida “baholovchi mulohazalar”, “baholovchi mulohazalarning tuzilishi”, “baholash va tavsifning tafovut jihatlari” kabi tushunchalar tadqiq etish jarayonini o’rganishga va baholash mantig’ining rivojlanib borishiga asos bo’ldi.

Bu masala ikkita yo’nalishda rivojlandi. Bu Xaydegger va Vitgenshteyn yo’nalishi edi. Tajribani so’zlar, tushunchalar va mulohazalar orqali ifoda etish tilning tuzilishi, ularning konstruksiyasinini bilishni talab etadi. Bu esa tilning mantiqiy tahliliga olib keladi. Bertran Rasselning mantiqiy atomizmi barcha so’zlarni lo’nda, sodda, faqat tajribadan kelib chiqqan so’zlarda asoslanishni, faqat shunday so’zlardan foydalanishni talab etadi. [12: 651]

Biz ushbu maqolada baho va normalarga falsafiy yondashuvi masalalarining ba’zi jihatlarini tahlil qilishga harakat qildik. Albatta, bu muammo bilan bog’liq masalalar hali o’z yechimini kutmoqda.

Adabiyotlar

1. Sh.M.Mirziyoyev. Buyuk kelajagimizni mard va olijanob xalqimiz bilan birga quramiz. “O’zbekiston”. T. 2017:486.
2. K.X.Xanazarov k probleme filosofii yazika. «Uzbekistan”. T. 2007:133.
3. Shermuxamedova N.A. Falsafaning umumnazariy masalalari (Borliq va rivojlanish). T. 2012:602.
4. Gusaynzade R.T. Pedagogika. Baku. 2015:318.
5. Makeyeva L.B. Ob’ktivnost sennostey i problema realizma. Istoriya filosofii. Vip. №5. 46-b.
6. Sutujko V.V. problema otsenki v filosofii i nauke XX veka. Izvestiya Saratovskogo universiteta. 2010;4:53.
7. J.Y. Yaxshilikov, N.E. Muhammadiyev. Milliy g’oya va mafkura. T. “Fan”. 2015:417.
8. Falsafa ensiklopedik lug’at. O’zbekiston milliy ensiklopediyasi. T.2010:343.
9. D. Fayzixo’jayeva. Mantiq izohli lug’at. “Tamaddun”. 2015:270.
10. G.P.Gavrilicheva. Ucheniye zapiski ZabGGPU 2010:32:54.
11. A.A.Ivin. Osnovaniya logiki otsenok. Moskva.1970.
12. G’arb falsafasi. O’zbekiston faylasuflari milliy jamiyati nashriyoti. T.2004:718.

Nabiyeva D.R.

DISTANCE EDUCATION AS MEANS OF LIFE- LONG EDUCATION

Tashkent Medical Pediatric Institute

Many lifelong learners actually try to learn in safe environment which just the appropriateness of distance education. Safety is an issue when discussing learning methods of lifelong learners. We have to create a safe context for learning that is appropriate for adults and have to challenge them accordingly; by doing this we will see that their knowledge will rise (Vella, 2005). We have to provide a site such computer internet site for learners to explore the uncertainty of any skill or theory, providing a safe place for thinking that is needed if their learning is to be relevant to their unique context. Safety enables the teacher to create an inviting setting atmosphere for adult learners. Adults have shown that they’re not only willing to adapt to changes but ready and eager to learn when they feel safe in the learning environment. Trust in the competence of the design and skills of the teacher enable the learners to feel safe, Vella (2002). The trust in the feasibility of the objectives and relevance of these objectives also makes adult learner feel safe.

The lifelong learners learn through experiences and by making decision in their lives. The power of learning can be straightened and be more profound when adult learners feel that they are respected as subjects or decision makers of the learning event. Respecting learners as subjects or decision makers of their own learning is a principle that involves the recognition that adults are indeed decision makers in large part of their lives, Vella (2005).

Learners learning plays an import role in the development of a society (Knowles, 1980). As the society changes, so are the people within it. The lives of the inhabitants undergo ethical changes as we progress through educational activities. The education acquired during childhood is definitely not enough for us to “sail” through life, according to Bates (2005), more knowledge is required since society is not prone to changes for the benefits of individual learners. Learners’ education is absolutely necessary to survive the efficacies of the well-being of individual in the society. Through



education, there can be pathways for political, social and economic stability in the society.

The tasks must be obliterated in some forms or ways. The incumbents as learners must recognize the security and motivational needs of the communities and the society as whole. There is a controversial view as to who are really the educators of learners in our society. Since there is always a change in the adaptability and objectivity of all individual learners, the educators could really be anyone who is capable of the intensity to changes. As stressed by Knowles (1980), the learners have control over what they want learn, the educators do not have control over what is to be thought, therefore it is lifelong learning experience for both the learners and educators.

The bondage between lifelong learners and educators is a sophistication prerogative of who is really learning and educating in the distance education environment. It is assumed that both the learners and educators learned from each other. The experiences of each individual learner rely on the substance of the needs of the society. The well-being of the society depends on the orientation approach to the needs and security of individuals in the society. Communities and society often actively seek education quality to the full benefits of the inhabitants, so as to enlighten individuals in the society. With exploration of the described processes, successes and leaderships may emerge.

The facts surrounding the methods of providing leadership education to learners in our communities. are what these memorabilia is about. The real purpose of lifelong learning education is for someone to feel absolutely good about oneself. Education is the right resource for learners to get a good training in making decisions about their life. The methods of educating the learners in our communities can be enumerated as follows:

Community development can serve as a format for learning. Community development is closely related to action project as a format for learning. As stressed by Malcolm Knowles in his book, an increasing number of learners and educators are coming to see total communities as their classrooms – as laboratories for learning and to see their educational objectives as being not only to help individual learn to deal more effectively with their life problems, but to help communities as organism learn to deal more effectively with their problems, and to see the process of community problem solving as a vehicle to accomplish both educational objectives. In the words of one of the pioneers in shaping of community development as a format for learning, Dr. Howard Y. Mollusk of the University of Michigan, stated as the follows: The learners' educator is primarily interested in community development as means of educating the community and the people who live there.

Another way of providing such education is the formation of clubs and organized groups. The striking thing about clubs is that almost all of them have the education of their members as a central objective, according to Malcolm Knowles. As part of a comprehensive program of learners' education, the clubs format for learning has several unique advantages. Because it is less formal in structure and has larger social or fellowship component than most other formats, it is the method of reaching learners who might otherwise shy away from educational experiences.

References

1. Bates, L. J. 2005. "The 2002 American Standard Training Development State of industry report." Training and Development Magazine, 53: 1-27.
2. Gaff, R. S. 2002. "The Lifelong Learning Project revisited: Institutionalizing the vision." Educational Considerations, 2: 15-23.
3. Gains M., and Leonard, J. 2001. "Educating the mind." Journal of Technology Education, 2: 45-50.
4. Howes, R. J. 2000. "Effective learning methodology." Journal of Learners Education, 11: 17-19.
5. Isaac S., and Michael, W. B. 2009. Handbook in research and evaluation. San Diego, CA.
6. Kejawa, D. I. 2013. Achieving Success in Tumultuous Education. Pittsburgh, PA: Red Lea Press (Dorrance Publishing). America Star Books, LLLP.
7. Kejawa, D. I. 2013. Raw and Pure Education. Frederick, MD: America Star Books, LLLP.
8. Kejawa, D. I. 2011. Reaching the Heights. Bloomington, IN: Xlilibris Corporation.
9. Knowles, M. 1980. Principle of Learners Education. San Francisco, CA: Jossey-Bass/Pfeifer.
10. Langdon, G., Whiteside, S., and McKenna, M. 2002. Intervention resource guide. San Francisco, CA: Jossey-Bass/Pfeiffer.
11. Merriam, S. B., and Caffarella, R. S. 1999. Three Models of Learners' development. Human Development, 39: 135-149.
12. Moses, A. G 2012. The technologies for ages. Journal of Education Technology, 9: 45-47.
13. Nicodemus, R. 2004. Technology intelligence on the rampage. Computer World Magazine, 7: 23-24.



Набиева Д.Р.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО ОБУЧЕНИЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ

Ключевые слова: дистанционное образование, технологии, взрослая аудитория, обучение на протяжении всей жизни

Статья рассматривает метод дистанционного образования как средство обучения на протяжении всей жизни. Само общество меняется также как и люди которые живут в нём. Жизнь населения подвергается этическим переменам также как прогресс и перемены в образовании и обучении в обществе. То чему человек обучается в детстве ему не хватает, поэтому чтобы спокойно «плавать» по жизни ему нужно продолжить эту учёбу для того чтобы выжить в обществе. Для этого дистанционное обучение самое верное средство

Nabiyeva D.R.

MASOFAVIY TA’LIM UMRBOD TA’LIMNI TA’MINLASH VOSITASI SIFATIDA

Kalit so’zlar: masofaviy ta’lim, texnologiya, kattalar auditoriyasi, umrbod ta’lim

Bizning muassasalarimizda nimani o’rganish va o’ylash kerak va umrbod ta’lim nima; va bizning jamiyatimizda qanday amalga oshirilishi kerak? Ma’lum bo’lishicha, ta’lim ongni istak funktsiyalarini bajarishga yoki maqsad yoki natijaga erishish modalligini davom ettirishga o’rgatish bo’lishi mumkin. Darhaqiqat, umrbod ta’lim oluvchilarning masofaviy ta’lim olish imkoniyatiga yetarlicha texnik va iqtisodiy yordamlarning mavjud emasligi to’sqinlik qilishi mumkin.

Latipova Dilnoza Shorasulovna

IMPROVING THE GRAMMATICAL SKILLS OF STUDENTS STUDYING ENGLISH

Tashkent Pediatric Medical Institute

The international processes of integration and globalization, expansion of political and economic cooperation of the countries of the world community entail the emergence of new opportunities for work, study and leisure of citizens abroad, contribute to the motivation for a more serious and in-depth study and use of foreign languages.

Many students, including those entering non-linguistic specialties, demonstrate today quite developed communicative skills and a relatively wide vocabulary. Naturally, for the most part, their foreign language is not free from errors, especially from grammatical errors. It is thought that an educated person should be distinguished by the desire to speak and write not only vernacular, but also in a foreign language competently, which is unthinkable without the ability to use a wide arsenal of means of his grammatical system. It is a higher educational institution, in our opinion, that is called upon to logically complete the process of teaching a foreign language and indicate the ways for its further independent improvement. One of the most important conditions for successful mastery of the system of the language being studied is the provision of opportunities for improving existing foreign language grammar skills, which is greatly facilitated by the introduction of computer technology.

Materials And Methods. The absence of an automated grammatical skill in professional oral and written language in the language being studied is undoubtedly a significant drawback in the training of future specialists. Therefore, we believe it is possible to highlight this as a significant problem for research.The proposed model of teaching English grammar at intermediate and advanced levels relies on the use of computer programs of a generative or open type, accompanied by existing training tools, such as a variety of computer



training programs (CTP) and numerous computer support tools (CST) for learning English. This implies ample opportunities for effective teaching of students in the classroom, as well as in independent work without the direct assistance of a teacher.

A feature of the proposed methodological model for the use of these CTPs and CSTs is their use in combination with traditional and electronic visual aids in the form of specially designed grammar schemes and tables corresponding to advanced stages of training and contributing to the further development of both receptive and productive grammar skills in English.

The relevance of the study is due to the following factors:

- consistency between the requirements of the program for the possession of certain grammatical structures and real grammatical skills, and the speech skills of students who completed the program of learning English;
- the need for modern interactive learning tools that contribute to the automation of skills when using complex grammatical structures;
- the need for methodological development, implementation of new computer support technologies and the creation of special conditions for the repeated and systematic repetition of language and speech phenomena when mastering complex grammatical structures, starting from the middle level;
- the rich possibilities of organizing independent educational activities of students when working with CTP and CST in extracurricular times, contributing to their creative self-realization and self-education. The object of study is the process of teaching the grammatical aspect of the English language to students of intermediate and advanced levels of a non-linguistic university.

The subject of the study is the methodology for improving grammatical skills of students studying English at the indicated levels with the support of modern computer technologies and visual aids in the form of electronic grammar schemes and tables.

The aim of the study is to identify the conditions for the effective development of grammar skills of students and the creation of an electronic educational and methodological complex (EEMC) for teaching English grammar at intermediate and advanced levels using computer technology.

The hypothesis of the study in accordance with the goal is as follows: the process of improving the grammatical skills of students studying English at an intermediate and advanced level can become more effective if it is carried out within the framework of the methodological model developed in this study on the basis of the EEMC, which includes both previously known educational software, and interactive exercises and tests created using generative computer programs, as well as traditional and electronic throne variants of grammar schemes and tables organized according to the functional structural principle. The determination of effectiveness in this case is determined by direct or indirect measurement of such components of the learning process as:

- quantitative indicators of the degree of proficiency of the grammatical skill, calculated using computerized testing based on generative programs,
- and qualitatively-quantitative indicators of the degree of development of the skill of self-control and self-esteem in the process of generating oral speech, determined using the author's system of assessment.

The advanced goal and hypothesis of the study required the solution of the following problems:

- based on linguodidactic laws, theoretically substantiate a model of computer support for improving grammatical skills at intermediate and advanced levels of education;
- substantiate the grammatical component of the content of instruction in English language for students of intermediate and advanced levels;
- find out the role and place of developed CST in the process of improving grammatical skills;
- develop criteria for assessing the educational value of existing CTPs and the principles of their selection for training in a computer audience of the university, as well as for independent extracurricular work of students
- to develop a methodological model of EEMC, which includes both the textbook itself in the form of a system of exercises, combined under a single software shell, and related SKP installed on each personal computer, - all to prepare students for the successful completion of the grammatical part of the test tasks and confident use grammar skills in accordance with the tasks of communication;
- to develop a set of exercises for the created EEMC and select the means of computer support for its presentation;
- develop support schemes of varying degrees of coagulation for the recognition, differ-



entiation and semantization of grammatical phenomena, as well as electronic reference tables for grammar sections studied in the course of the course;

- suggest ways to measure the development of the skill of self-control over the correct grammar of the oral statement;
- conduct an experimental verification of the effectiveness of the proposed training model.

Research Methods:

- the study of scientific and theoretical literature on the use of modern CTP and CST in the system of teaching foreign languages;
- analysis of the educational value of existing CTPs of a similar orientation (teaching English to students of intermediate and advanced levels);
- An analysis of the grammatical phenomena most frequently tested in the framework of the ALTE Pan-European exams, and, in particular, their English version of the B2 level CEFR, as a guide for selecting the content of grammar education in a non-linguistic university.
- a comparative analysis of the grammar sections of textbooks, teaching aids and existing CTPs currently used in the practice of teaching the English language for their compliance with the aspects tested in the framework of these international exams, as well as the possibility of converting the composition of the tasks of a traditional textbook into an electronic interactive format.

Experimental Results. The developed training model was experimentally tested in experimental areas for three years. A total of 135 students took part in the conducting experiment (focus group of 102 people). In the formative experiment, 125 students were involved. (The number of participants in the formative experiment decreased due to a decrease in the number of students in groups). The experiment was conducted with two sets of students in 2016 and 2017 who completed training in a two-year program in the 2018 and 2019 academic years, respectively.

The objective conditions for using this learning model include:

- considering the content of the grammatical component of the English language, tested in the framework of the European Foreign Language Examinations of the European Association for Language Testing (ALTE) levels 3 and 4, which corresponds to levels B2 and C1 of the scale of common European criteria for proficiency in a foreign language (Common European Framework of Reference), (CEFR);
- The use of elements of a functional and structural approach in teaching English.

Subjective conditions correspond to: a personality-oriented approach that encourages the student to achieve maximum success;

- education of the responsibility of the student for the learning outcomes.

As a result of the study, it was proposed to solve the problem associated with the acute need for modern computer tools for teaching English grammar in universities, using a learning model that involves the integrated use of CTP of various types, including:

-generative exercises created with the help of test makers, applications that do not require programming skills, -authorized electronic circuits and reference tables, as well as -selected closed-type CSTs and other general-purpose computer products and applications (dictionaries, encyclopedias, sound and text editors and etc.). The theoretical significance of the study lies in the fact that it:

- substantiated the methodological feasibility of applying this EEMC in the study of selected grammatical topics at intermediate and advanced levels;
- The grammatical phenomena most frequently tested in the framework of the European ALTE exams were revealed, and, in particular, their English version of the B2 level CEFR, the list of which can be a guide for selecting the content of grammar training at a non-linguistic university.

The practical value of the study is that: - within the framework of this complex for training, development and control of grammatical skills corresponding to intermediate and advanced levels of learning English, more than 50 interactive training exercises have been created and debugged that allow their flexible adjustment to the specific conditions of classroom and extracurricular learning (for example, the presence of a timer that regulates the time taken to complete the tasks; the number of tasks and their relative ratings, the presence of certain thematic areas as part of exercises and tests, to generalization and consolidation of the studied grammatical material, etc.);

- on the basis of software shells intended for a user who does not have programming skills, create a sample of an open (i.e., allowing additions and changes) electronic training complex, accompanied by a number of spreadsheets.

Conclusion

1. The effectiveness of teaching productive grammar skills to students of a non-linguistic university, whose preparation upon admission to the university already corresponded to an intermediate or advanced level of knowledge of English, can significantly increase if the teaching of EEMC based on the use of generative type CTP is introduced into practice.

2. Special electronic and printed grammatical schemes created in the research process, and reference tables developed according to the functional-structural principle can effectively contribute to the systematization and generalization of grammatical knowledge at the indicated levels of education.

3. The use of universal generative programs in the practice of university education is most effective when the teacher is given the possibility of their engineering and linguistic settings, not only for working in training mode, but also for monitoring.

4. The scientific novelty of the study lies in the fact that the main objective and subjective conditions for improving the grammatical skills of students of intermediate and advanced levels of studying English language in non-linguistic universities were identified using a learning model based on the capabilities of modern computer technologies.

References

1. Andryunina M.V., Yazikovayakulturakak instrument sotsialnogovospitaniyaAviable: http://www.rusnauka.com/23_SND_2008/Pedagogica/26653.doc.htm.

2. Anurova I.V.,Formirovaniefunkcional'nojsociokul'turnojgramotnostinasrednemjetapeobuchenija v shkole suglublennymizucheniеinostrannogojazyka: Avtoreferatdissertacii .kandidatapedagogicheskihnauk. M., 2001:18.

3. Artemov V.A. Psihologija obuchenija inostrannym jazykam. M.: Prosveshhenie, 1969:.279.

4. Babaskina, E. G. Metodika ovladenija perevodcheskoj strategiej posredstvom razvitija poznavatel'noj aktivnosti studentov: na primere discipliny «Predperevodcheskij praktikum»: avtoref. dikand. pedagog. nauk: 13.00.02.

5. Moscow: 2011. - pp. 6-23. BatrakovaE.B., Neyro-lingvisticheskoyeprogrammirovaniyekaksposobobucheniyayaziku. Aviable:

6. Bespal'ko V.P. Teorijauchebnika: Didakticheskijaspekt. M.: Pedagogika, 1988:160.

7. Bim I.L. Podhod k problemeuprazhnenij s poziciiierarhiicelejizadach. IJaSh 1985;30- 38.

Латыпова Д.Ш.

УЛУЧШЕНИЕ ГРАММАТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

Ключевые слова: улучшение, грамматика, английский язык, компьютерная поддержка.

Статья исследует применение новых методов технологии (КТП (сомпьютерная тренинговая программа, ЕЕМК(электронный образовательный комплекс), КПС(комьютерные поддерживающие средства).Для улучшения грамматических навыков обучаемых также определялись педагогические условия необходимые методы и средства для результативного улучшения грамматических навыков студентов.

Davletyarova N.I.

TYPES OF SPEECH ACTIVITY ON THE EXAMPLE OF THE ENGLISH LANGUAGE

Tashkent pediatric medical institute

Annotation. Slightly reasoning process has expressive and logical aspects, these makings are indissolubly linked with the perception of speech by ear. The instruments of speech insight by ear are well studied in science. The first instrument, which psychologists call language awareness. Convinced feelings are meant to rouse.

Keywords: audio text, listening, technology, knowledge, listening, methods, methodological rules, activity, goal, understanding, educational

Relevance. Due to the work of the internal speech device, the speech motion analyzer works during the understanding of the audio text. The level of understanding depends on the repetition of speech in inner speech. A person repeats what he hears by imitation. Reveals unfamiliar or difficult parts of the audio text internally, and the more repetitions in the language material, the less repetitions there will be. Therefore, it is recommended to combine spoken language and listening comprehension.

The comparison may be incorrect based on the person's previous experience, feelings and emotions. The listener's experience is understood as a trace created by the organs of hearing and speech movements in the brain. Recognition by comparison. The stronger the audio signal, the more active the recognition mechanism (preferably called the comparison and cognition mechanism). The exact opposite of what is heard is not preserved or restored in the brain, but only a trace. The name of the next mechanism is called antiseptic. Simply put, it's better to figure it out in advance. When this mechanism is activated, it is possible to know in advance the structure of the audio text (sentences or word forms) or its content.

Another mechanism is called logical understanding of audio text. Understanding, that is, logical understanding, occurs on the basis of analytical-synthetic practice of brain activity and in the context of other possibilities. The formation of these mechanisms develops students' listening skills. Listening skills are formed and developed only by performing the necessary exercises in a foreign language.

Purpose. The methodology differentiates between visual (pictorial) and verbal supports in teaching listening. Maps, pictures, photographs, diagrams, terrain plans and other graphic materials are visualized. Verbal supports can be presented in the form of keywords, plan, headings, various questionnaires, allowing the listener to segment the text in accordance with the proposed method. It is important to teach schoolchildren to find landmarks in the audio text itself (intonationally highlighted words, headings and subheadings, words with logical stress, rhetorical questions, repetitions).

For the fruitful teaching of listening, the correct answer to the question of the feasibility of multiple presentation of the same audio text is of no small importance. Presenting audio text twice and three times in the classroom is advisable when setting up for a subsequent retelling or discussion of the text. Re-listening should be preceded by the formulation of a new practical task that mobilizes students for a deeper understanding. Both domestic and foreign methodologists traditionally suggest breaking the work on the text into the following stages: 1. Pretext. 2. Text. 3. Post-text. Teaching technology is the science of teaching technology. Why is the concept of technology introduced?

In this case, it is emphasized 23 that teaching is carried out on a scientific basis. The teacher must have a body of knowledge about the forms, methods, means, content, methods of teaching, that is, a range of issues related to the controllability of teaching is touched upon. Special attention is paid to the diagnostically set goals, which guarantee the achievement of the result, constant feedback, and the reproducibility of the training cycle. The technology of teaching any kind of speech activity is as follows: familiarization (control), training (control), application (control). In a simplified way, teaching listening, following the three-step scheme presented above, can be represented as follows:

1. Briefing and pre-assignment.
2. Perception of the audio message.
3. Control of comprehension of audio text.

Materials and methods.

The labelled psychophysiological mechanisms of speech perception by ear are named by some names only for analysis. In speech, they are



expressed as a whole. As mentioned above, special time is devoted to listening comprehension and specific exercises. The emphasis is on teaching listening skills from the first hour of a foreign language course to graduation. In addition to the general requirements for the oral part of the curriculum, there is a list of sentences intended for listening comprehension only.

note that these are sentences that students only learn when listening to the teacher. Teachers also know that listening and comprehension of lexical and grammatical material is learned through speaking and reading. The teacher's exemplary speech is very important to the listeners. It is necessary to follow the methodological rules, for example, conduct a lesson in a foreign language. Reinforcement and repetition through listening comprehension and reading make this type of speech activity a learning tool. At the beginning of the lesson, most of the exercises designed to create an artificial foreign language environment are performed by listening.

Listening understanding exercises are the main part and the end of the lesson. Unlike other types of speaking activity, listening comprehension is achieved through instructional goals and tools while teaching a foreign language.

As a goal, practical study means obtaining information in a foreign language. The content of all oral and reading topics is assimilated by ear. The same can be said for listening and understanding information received during speaking and reading. Considered as an educational tool, it is designed to study listening comprehension (vocabulary, grammar, pronunciation units).

It is also recommended to practice listening to male and female voices, listening to teachers and others, listening to the speech of young and old, listening with and without a speaker. In practice, different approaches to teaching listening are used. One is to teach language first, and then speech. According to this methodological idea, students practice knowledge of words, phrases and sentences, and then their attention is drawn to the content of the studied material.

Listening in this way is ineffective, time-consuming and therefore unacceptable. According to the second direction used by teachers, listening comprehension is directly related to the formation of speech skills. In the process of teaching speaking, reading and writing, students learn to understand what they read by ear, paying special attention to language material. This method is more efficient. It is well known that speaking and listening are two integral parts of speaking. The lexical and grammatical phenomena used in them are common. Therefore, when it comes to teaching listening comprehension, it is a good idea to practice listening while you are learning to speak.

References

1. Говорун, С,В. (2015) Развитие навыков и умений аудирования у студентов-востоковедов, изучающих английский язык Санкт-Петербург 12-22.
2. Джонс, А. М. (2013). История английского языка для специального исследования. В Б. Пэлтридж и С. Старфилд (ред.). Справочник английского языка для специальных целей 5-31 с.
3. Мамадалиев А. М. Дидактические основы языкового обучения студентов педагогического института. - Ташкент: ТДПУ, 1994:23.
4. Общая психология. Под ред. А. В. Петровского. Москва: Просвещение, 1986:463.
5. Столяренко А. М. Психология и педагогика: Учебное пособие для вузов. – Москва: ЮНИТИ – ДАНА, 2004:423.
6. Olga Tolstykh, Anastasia Khomutova. Developing the communicative competence of the university teaching staff: an integrated-skill approach, General and Professional Education 2/2012, ISSN 2084-1469:38-43.
7. Aristova, E. A. (2011). The problem of perception of dialect and accent English language students specialties. Problemy yazykoznaniya i pedagogiki - Linguistics and Pedagogy Bulletin, 5, 114-117.
8. Dictionary of foreign words. - 14th ed., Rev. - Moscow: Rus. yaz., 1987:608.
9. Galskova, N. D., & Gez, N. I. (2007). Theory of teaching foreign languages. Linguodidactics and methodology (4th ed.). Moscow: Akademiya.



Давлетярова Н.И.

ТИПЫ РЕЧЕВОЙ АКТИВНОСТИ НА ПРИМЕРЕ ОБУЧЕНИ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ

Ключевые слова: аудио текст, слушание, технология, знания, аудирование, методы.

Статья исследует виды аудирования на примере обучения английскому языку. Используются методы дифференциации между визуальным и вербальным методами обучения. Для визуализации используются такие вспомогательные средства как: карты, диаграммы, картинки и т.д. Вербальные средства: в виде ключевых слов, названий, планов. Такая подача информации усиливает мотивацию студентов и приводит к положительным результатам.

Davletyarova N.I.

INGLIZ TILI MISOLIDA NUTQIY FAOLIYAT TURLARI

Kalit so'zlar: audio matn, eshitish, texnologiya, bilim, tinglash usullari.

Tinglashni muvaffaqiyatli o'rgatish uchun bir xil audio matnni bir necha marta taqdim etish imkoniyati haqidagi savolni to'g'ri hal qilish muhim ahamiyatga ega. Keyinchalik matnni qayta o'qish yoki muhokama qilishni o'rnatayotganda, audio matnni darsda ikki va uch marta taqdim etish tavsiya etiladi. Qayta tinglash oldidan talabalarni chuqurroq tushunishga safarbar etadigan yangi amaliy vazifa tuzilishi kerak.

Buranova D.D.

ENGLISH AS A DISCIPLINE FOR FUTURE SPECIALISTS IN MEDICINE: CURRENT TRENDS AND REQUIREMENTS

Tashkent Pediatric Medical Institute

Reforms in the field of higher education in the country pose new challenges, applying to the demand for personnel who have mastered foreign languages and are able to use new skills and mobility. This puts up with urgent tasks for higher education, such as good knowledge of English by specialists of the medical field. The measures taken by the state policy to create a system of higher education in accordance with the requirements of international standards have great importance in training of highly qualified medical personnel. The demand for personnel who have mastered foreign languages and are able to use new standards and methods, as well as cooperation with foreign partners deserve special attention in modern labor market. The formation of knowledge among students of medical universities in English today is carried out using modern methods and standards. Based on the programs and other regulatory documents regulating the educational process of the university, it is advisable to establish the level of English literacy of the teaching staff, taking into account the requirements of the generally recognized international standards of the Council of Europe "Pan–European competence of foreign language proficiency: study, teaching and evaluation" (CEFR-Common European Framework of Reference). According to the requirements and criteria for language acquisition, there are four indicators of the level of proficiency in a foreign language, namely: listening, speaking, reading and writing. At the same time, we should mention the so-called "English for special purposes" (ESP), which implies the use of English in a special direction and in various fields of science, that is, professional English. The specifics of the ESP program is intended for representatives of various professional fields, the purpose of which is to focus on mastering foreign languages with an emphasis not on grammatical aspects of the language structure, but on mastering the language itself, from the point of view of specialization and profession. This direction is especially effective for representatives of the medical field for their effective use of the English language in further improving their professional skills. The Organization of teaching English in the specialty subjects in the universities today, the targeted training of



teaching staff who can teach English in this area is among the main tasks. The fact that the issue of professional development of specialists in developed foreign countries is also one of the urgent tasks requires further improvement of the personnel's compliance with the level of international standards, their mastering of foreign languages. Today 's requirements imply the sending young teachers and doctoral students with experience to leading foreign educational institutions, increasing their scientific and pedagogical potential by organizing international exchange of experience of professors, doctoral students and students of higher education institutions, organization of teaching of specialization subjects in English and their training abroad, as well as the involvement of foreign specialists in the conduct of training, the establishment of training on the basis of modern educational literature used today in the institutions of higher education of developed countries. Besides, the current policy is aimed at concluding contracts and agreements concluded on mutual cooperation, sponsorship and grants of international organizations on 2-3-month courses in developed countries, in particular South Korea, Japan and Germany for the teachers of higher education institutions. Language acquisition is a specific process that requires the creation of the necessary motivational environment for the learner. All this manifests itself in the form of educational motivation, that can be described based on a number of specific criteria:

- specific character and ability of the learner;
- teacher's qualifications and potential;
- issues of organization of the educational process;
- specificity of the foreign language.

Today, language skills are an important element of professional growth and promotion, therefore, the language training of medical students determines their professionalism in general. An important factor is the professional qualities of the specialist, the motivational environment, the interest of the student, which together creates a comprehensive positive approach to the process of teaching English. Teaching methods are improving every year, the attention of students is provided with a variety of methods, ranging from primitive methods of studying words and phrases in everyday life, to techniques for using complex syntactic and lexical appeals. The methodical maintenance of the curriculum include practical courses, discussions and debates, projects, self-study, presentations, portfolio notes, inventory forms, role games and interactive methods from Internet web-sites and other resources such as various speech situations, texts, tests and exercises with video and audio materials. The results and prospects imply the achievement of the level B2, development of specific skills of language competence in the specialty, training of highly qualified personnel for the labor market, career development. The specifics of the medicine modified to choose the necessary language directions, depending on their professional goals and objectives.

General overview

The present day in the teaching of English is due to the basic requirements and rules of modern methods, it is worth saying that the communicative and interactive methods used in it are widely developed and optimized with its convenience and efficiency. It is also important to take into account regional peculiarities, which are reflected in learning. The discussion, which is one of the forms of oral speech, is interpreted as a simple type of communication that ensures that various issues are discussed together among the interlocutors, communicative competence, in turn, should be composed of objects that rely on speech, language, education, socio-cultural and educational factors. Speaking about communicative competence, it is desirable to note that during English lessons the use of the native language is applied as minimum as possible. Conversational English is especially important in the process of learning today. For the students of universities whose specialty is not a foreign language, the use of such methods as working in groups, discussions, presentations in the study of the English language are the most acceptable ways in the learning of English. The formation of a motivational environment in accordance with the requirements of the English language teaching methodology determines the integrity of goals and objectives. The study of the sciences related to the field of education in the period of today's XXI century, known as the century of information technology, with a deep understanding of the language and advantages of the same foreign scientific environment, with the wide use of the world standards, helps a person to develop in a new and creative way, with independent and critical thinking. The modern education requires from the teacher a set of pro-



fessional skills, psychological and pedagogical knowledge, and at the same time the learner must show conscious responsibility and the activity.

Research methods

Modern educational standards, the need to improve the curriculum and science programs, the issue of improving the quality of the educational process in the field of learning of foreign languages are the topical issues for the whole higher education. At a time when the teaching of the English language to students is steadily improving, when we about the importance and relevance of the pedagogical staff to master foreign languages, everyone is aware of the importance of the activities carried out in various universities of our country in this regard. The results of the research about the interest of the owners of various specialties in the study of English showed that the motivational environment formed in the high school for the mastering of languages is of particular importance. The author conducted a survey among students of I, II and III courses of Tashkent Pediatric Medical Institute on what motivations they rely on in the study of English language. Thy survey was conducted over 3 years (2018, 2019, 2020) among the same students at different stages of study. In total, 200 students participated in the survey and 12 questions which are based on various motivational reasons were asked. The students' answers to the same question at all three stages of study were different, and the following results can be presented (the data is given as a percentage for the I, II and III courses of study):

Some motivational reasons about learning English for medical students:

	Reasons	2018	2019	2020
1.	I want to become a highly qualified specialist in the future	I-76 %, II-74%, III-85%	I-84%, II-85%, III-91%	I-90%, II-85%, III-92%
2.	My interest in English is very high	I-9 %, II-10%, III-14%	I-40 %, II-50%, III-65%	I-45%, II-60%, III-70%
3.	I want to continue my studies abroad	I-15%, II-20%, III-35%	I-35 %, II-50%, III-55%	I-50 %, II-50%, III-50%
4.	Just because I need it	I-9 %, II-10%, III-11%	I-10%, II-10.5%, III-12%	I-11%, II-12%, III-13%
5.	I want to travel a lot around the world	I-38%, II-40%, III-42%	I-40%, II-42%, III-43%	I-43%, II-44%, III-45%
6.	To have high incomes in the future	I-58 %, II-%, 59III-60%	I-60%, II-61%, III-62%	I-61 %, II-62%, III-63%
7.	All my friends know English to keep up with them	I-5 %, II-6%, III-7%	I-6 %, II-7%, III-8%	I-7 %, II-8%, III-8%
8.	To participate in international conferences	I-23 %, II-24%, III-25%	I-24 %, II-25%, III-26%	I-25%, II-26%, III-27%
9.	To read the world's scientific literature and news in the specialty	I-20 %, II-21%, III-22%	I-21 %, II-22%, III-23%	I-24%, II-25%, III-25%
10.	I wish to be ahead of everyone in knowledge	I-29 %, II-30%, III-30%	I-30%, II-31%, III-32%	I-31 %, II-32%, III-33%
11.	I am trying to get a certificate	I-29%, II-31%, III-32%	I-31 %, II-32%, III-35%	I-33 %, II-34%, III-36%
12.	I guess I don't need that	I-3 %, II-4%, III-5%	I-4 %, II-5%, III-7%	I-5%, II-5%, III-6%

It should be noted that at different stages of training, students' opinions were changed, which indicates both positive and negative factors of perception of the English language in the motivational context. While studying English, it is especially important that the student perceives this process as «long and boring». Each student must accurately determine his level, desires, make a target plan, and identify goals. There are also many specialty subjects, and the lack of time for the "unimportant" subject also plays a significant role. A qualitative increase in the level of higher education in our country is a requirement of the time, and it is especially important to expand the participation of the higher education system in providing the economy with highly qualified personnel, solving issues of strategic development of all regions and industries. Improving literacy in foreign languages is an important aspect of the further development of intellectual potential based on modern standards. The strategy of teaching modern English is not only an important aspect of educational policy, but also a reality that many scientists around the world consider as an important subject of scientific research.

The development of a foreign language, including methods of learning English within the framework of specialization, methods and techniques used as achievements for each student, and an integrated system leading to increased efficiency, the necessary formation of the educational process at universities in this direction, the development of certain activities in this direction have become a necessity.

Conclusion

The modernization of professional education is expressed in the effective use of the principles of variability, mobility and adaptability. Modern realities put on the agenda such tasks as the effective formation of professional competence of a teacher, complete successful reform of the education system, and high-quality organization of the educational process based on modern standards. From the point of view of the medical sphere, the methods of teaching medical subjects in English and the sequence of the educational process are determined by achieving harmony with medical science and the exact system of knowledge. The problem of linking scientific knowledge with educational and educational tasks in accordance with the requirements of teaching methods to the English language, the exact definition of the degree of sequence of teaching methods in it, expresses the unity of Science and education, determines the set of goals and tasks in the similarity and dependence of methodological equivalents. Thus will conclude the following set of tasks:

1. To determine the features of educational technology and to interpret them from the point of view of medical education.

2. Creation of the concept of "English for medicine" on the basis of the objectives, content and principles of higher education in this field.

3. Effective implementation of the stages of improvement of medical science, proceeding from the requirements of modern higher education policy.

These criterias may be considered as main steps to ensure the implementation of current and strategic plans. Here it is important to find an answer to the question of why it is necessary to master English language, and to find out whether achieving professional maturity and acquisition is an important task in modernization process.

References

1. Bakiyeva, G.Kh., Kushieva N.Kh.(2016). English language teaching based on the cluster model in the higher education system. Teaching Foreign Languages and Applied Linguistics. International Conference, USWLU, Tashkent. Kushieva, N.Kh. (2019). Cluster approach in enhancing intercultural competence of students in teaching foreign languages. Europian Journal of Research and Reflection in Educational Sciences. 7(10). http://www.idpublications.org/ejress-vol-7-№-10-29

2. Buranova D. Motivational support for the study of English language by medical students. Chin J Ind Hyg Occup Dis, Vol.39, No.13.2021.

3. Clement, A., (2015). English for employability: A case study of the english language training need analysis for engineering students in India. English Language Teaching 8(2): 116-125. http://dx.doi.org/10.5539/elt.v8n2p116

4. Decree of the President of the Republic of Uzbekistan: "On Measures to Further Improve Foreign Language Learning System" № 1875 (December 10, 2012); Resolutions of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan "On Measures to Further Improve the System of Retraining and Advanced Training of Teaching Staff of Higher Educational Institutions" № 278 (September 26, 2012) and "On the Approval of the State Educational Standard for Foreign Languages of the System of Continuing Education" № 124 (May 8, 2013). https://lex.uz/docs

References

1. Bakiyeva, G.Kh., Kushieva N.Kh.(2016). English language teaching based on the cluster model in the higher education system. Teaching Foreign Languages and Applied Linguistics. International Conference, USWLU, Tashkent. Kushieva, N.Kh. (2019). Cluster approach in enhancing intercultural competence of students in teaching foreign languages. Europian Journal of Research and Reflection in Educational Sciences. 7(10). http://www.idpublications.org/ejress-vol-7-№-10-29
2. Buranova D. Motivational support for the study of English language by medical students. Chin J Ind Hyg Occup Dis, Vol.39, No.13.2021.
3. Clement, A., (2015). English for employability: A case study of the english language training need analysis for engineering students in India. English Language Teaching 8(2): 116-125. http://dx.doi.org/10.5539/elt.v8n2p116
4. Decree of the President of the Republic of Uzbekistan: "On Measures to Further Improve Foreign Language Learning System" № 1875 (December 10, 2012); Resolutions of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan "On Measures to Further Improve the System of Retraining and Advanced Training of Teaching Staff of Higher Educational Institutions" № 278 (September 26, 2012) and "On the Approval of the State Educational Standard for Foreign Languages of the System of Continuing Education" № 124 (May 8, 2013). https://lex.uz/docs
5. Ehrlich A. Medical Terminology for Health Professions (2016), Delmar Publishers Inc. Part I, pp. 5-7. https://www.amazon.com/s
6. Firman, F., Friscilla Wulan Tersta, Cicyn Riantoni, Fellicia Ayu Sekonda (2020). Teachers' attitudes to special needs students in English language teaching. Humanities & social sciences Reviews, 8(2e): p. 43. https://doi.org/10.18510/hssr.2020.82e03
7. Jeon.M. (2020). Native-English speaking teachers' experiences in East-Asian language programs. System, 88, February 2020, # 102178.
8. Khakimzianova A., Mirgasimovna A., Fakhrutdinov B. (2019). Characteristics and structure of methodical thinking of a foreign language teacher. Kazan Federal University, Institute of International Relations, Russia. Humanities & Social Sciences Reviews eISSN: 2395-6518, Vol 7, No 6, pp 11-13 https://doi.org/10.18510/hssr.

Manivan G. Teaching English for Specific Purposes Jan. 2019. https://www.usingenglish.com.

Sharipova F., Akhmedova A., Jalilova N. (2020). Interactive Learning in the Medical English Classroom. Universal Journal of Educational Research 8(5): 1997-2004, 2020. DOI: 10.13189/ujer.2020.080537. http://www.hrpub.org

Thompson, G. Some misconceptions about communicative language teaching ELT Journal. Volume 50, Issue 1, January 1996, Pages 9-15

Zhao, Y., (2020). Individual design of English language teaching based on multimedia computer technologies. International Journal of New Technologies in Education, 15(8):210-222. https://doi.org/10.3991/ijet.v15i08.13695

Рашидова Д.А., Юлдашев Н.М.

ЗАЩИТНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГЛИЦИНА ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ И АДРЕНАЛИНОВОМ ПОРАЖЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценка эффективности глицина при острой гипоксии и введении больших доз адреналина у мышей.

Материалы и методы. Эксперименты были проведены на мышах. Проведены моделирования острой нормобарической гипоксии с гиперкапнией и острой гипоксической гипоксии, а также острое адреналиновое поражение с однократным и десятидневным введением глицина (ООО Биотики, РФ) внутрибрюшинно, в дозе 100 мг/кг веса.

Результаты. Полученные нами данные свидетельствуют о протективном действии глицина при острых гипоксиях и остром адреналиновом поражении.

Статистика показывает, что смертность в Узбекистане в 51 % обусловлена сердечно-сосудистыми заболеваниями. Причём 70 % умирают от ишемической болезни сердца (ИБС) внезапно. Изучение взаимосвязи внезапной сердечной смерти и инфарктом миокарда (ИМ) показало, что у 75 % внезапно умерших имелись признаки ИБС, а у 80 % погибших внезапная сердечная смерть была связано либо с острым ИМ, либо с ишемией миокарда [5]. В патогенезе некротического поражения миокарда играет ведущую роль гипоксия и, как следствие ишемия, тканей. Высокая патогенетическая значимость симпатоадреналовой системы в развитии сердечно-сосудистых заболеваний общепризнана. Поэтому очень важно найти способы защиты органов, в особенности сердца от острой гипоксии, а также при гиперадреналинемии. В настоящее время ряд иностранных фармакологических фирм выпускают глицин в виде фармакологического препарата. Глицин, будучи нейромедиаторной

аминокислотой, оказывает «тормозное» воздействие на нейроны, уменьшает выделение из нейронов «возбуждающих» аминокислот, таких, как глутаминовая кислота, и повышает выделение ГАМК [4]. Фармакологический препарат глицина оказывает седативное (успокаивающее), мягкое транквилизирующее (противотревожное) и слабое антидепрессивное действие, уменьшает чувство тревоги, страха, психоэмоционального напряжения, усиливает действие противосудорожных препаратов, антидепрессантов, антипсихотиков, уменьшает проявления алкогольной и опиатной абстиненции. Обладает некоторыми ноотропными свойствами, улучшает память и ассоциативные процессы. Глицин также обладает глицин- и ГАМК-ергическим, α1-адреноблокирующим, антиоксидантным, антитоксическим действием; регулирует деятельность глутаматных (NMDA) рецепторов, за счёт чего препарат уменьшает психоэмоциональное напряжение, улучшает настроение, облегчает засыпание и нормализует сон, уменьшает вегето-сосудистые расстройства, а также выраженность общемозговых расстройств при ишемическом инсульте и черепно-мозговой травме, уменьшает токсическое действие алкоголя и лекарственных средств, угнетающих функции ЦНС. Учитывая вышеизложенного, появилась идея о возможном антигипоксическом свойстве глицина. Адреноблокирующее свойство глицина наводило на мысль об его протективном действии при гиперадреналинемии.

Цель исследования. Оценка эффективности глицина при острой гипоксии и введении больших доз адреналина у мышей.

Материалы и методы

В опытах использовано всего 92 белые мыши. Проведено 4 серии опытов: 1-я – с моделированием острой нормобарической гипоксии с гиперкапнией; 2-я – с моделированием острой гипоксической гипоксии; 3-я – острое адреналиновое поражение (подкожно, в дозе 3 мг/кг, однократно) с однократным введением глицина и 4-я – острое адреналиновое поражение (подкожно, в дозе 10 мг/кг, однократно) с десятидневным введением глицина. Глицин (ООО Биотики, РФ) вводили внутрибрюшинно в дозе 100 мг/кг веса. Нормобарическую гипоксию с гиперкапнией проводили в вакуумных сосудах объёмом в 100 мл, для изучения возможного антигипоксического действия глицина, нами была выбрана самая простая экспериментальная модель – тест “асфиксии утопления” [3]. Цифровые результаты обработаны статистически.

Результаты и обсуждение

Полученные результаты показали, что длительность жизни мышей контрольной группы при нормобарической гипоксии с гиперкапнией варьирует от 9,24 до 13,56 мин. В среднем длительность жизни мышей контрольной группы равнялась 11,43±0,39 мин. У мышей, получавших глицин в дозе 100 мг/кг в течении 10 дней до воспроизведения нормобарической гипоксии с гиперкапнией длительность жизни варьировала от 11,10 до 19,20 мин. При этом в среднем длительность жизни равнялась 14,95±0,56 мин. Увеличение длительности жизни в 30,8 % оказалось статистически значимым (P < 0,001) (таб. 1).

Таблица 1

Эффективность глицина при острой нормобарической гипоксии с гиперкапнией у мышей (доза 100 мг/кг, длительность введения 10 дней)

Группы	n	Вес, г	Длительность жизни, с.		%	$P_{к-о}$
			Min - Max	M ± m		
Контрольная	10	23,19 ± 0,49	564 ÷ 836	702,6 ± 29,8	100	0,001
Опытная	20	23,36 ± 0,38	670 ÷ 1160	911,5 ± 35,3	129,7	

Длительность жизни мышей контрольной группы при острой гипоксической гипоксии варьировала от 1,00 до 1,42 мин. В среднем длительность жизни мышей контрольной группы при этом виде гипоксии равнялась 1,22±0,04 мин. У мышей, получавших глицин в дозе 100 мг/кг однократно за 1 час до воспроизведения острой гипоксической гипоксии длительность жизни варьировала от 1,18 до 2,15 мин. При этом в среднем длительность жизни равнялась 1,53±0,07 мин. Увеличение длительности жизни опытных животных в 25,4 % оказалось статистически значимым (P<

Таблица 2

Эффективность глицина при острой гипоксической гипоксии у мышей (доза 100 мг/кг, однократное введение)

Группы	N	Вес, г	Время асфиксической гибели, с.		%	$P_{к-о}$
			Min - Max	M ± m		
Контрольная	8	23,00 ± 0,35	60 ÷ 102	80,88 ± 5,86	100	0,001
Опытная	12	23,95 ± 0,33	78 ÷ 150	106,75 ± 6,52	131,2	

При введении адреналина мышам контрольной группы в дозе 10 мг/кг веса длительность жизни варьировала от 3,10 до 5,00 мин. В среднем длительность жизни мышей контрольной группы при этой дозе адреналина равнялась 4,09±0,26 мин. У мышей, получивших глицин в течении 10 дней до адреналинового поражения длительность жизни варьировала от 4,56 до 8,50 мин. В среднем длительность жизни мышей при этой дозе адреналина равнялась 6,14±0,33 мин. Увеличение длительности жизни опытных животных в 50,1 % оказалось статистически значимым (P < 0,001). При данной дозе адреналина наблюдалась 100 % смертность (таб. 3).

Таблица 3

Эффективность глицина при остром адреналиновом (10 мг/кг) поражении у мышей (доза 100 мг/кг, длительность введения 10 дней)

Группы	n	Вес, г	Длительность жизни, с.		%	$P_{к-о}$
			Min - Max	M ± m		
Контрольная	4	20,03 ± 0,39	190 ÷ 300	248,5 ± 22,8	100	0,001
Опытная	8	22,29 ± 0,50*	296 ÷ 530	383,9 ± 26,5	154,5	

Примечание: * - P < 0,001 по сравнению с контрольной группой.

И, наконец, при введении адреналина мышам контрольной группы в дозе 3 мг/кг веса длительность жизни варьировала от 4,20 до 6,50 мин. В среднем длительность жизни мышей контрольной группы при этой дозе адреналина равнялась 5,48±0,36 мин. У мышей, получивших однократно глицин до адреналинового поражения длительность жизни варьировала от 12,0 до 19,20 мин. В среднем длительность жизни мышей при этой дозе адреналина равнялась 15,03±0,69 мин. Увеличение длительности жизни опытных животных в 174,3 % оказалось статистически значимым (P < 0,001).

Таблица 4

Эффективность глицина (доза 100 мг/кг, однократное введение) при адреналиновом поражении (3,5 мг/г) у мышей

Группы	n	Вес, г	Длительность жизни, с.		%	$P_{к-о}$
			Min - Max	M ± m		
Контрольная	12	21,16 ± 0,43	260 ÷ 410	337,5 ± 26,6	100	0,001
Опытная	18	21,52 ± 0,58	720 ÷ 1160	912,5 ± 56,4	270,4	

В данной дозе адреналина (3,5 мг/кг) часть животных выжила, что позволило нам определить смертность животных от адреналинового поражения сердца. Расчёты показали, что если в контрольной группе погибло половина экспериментальных животных (смертность 50 %), то в группе с глицином смертность составила 44,4 % (рис. 1).

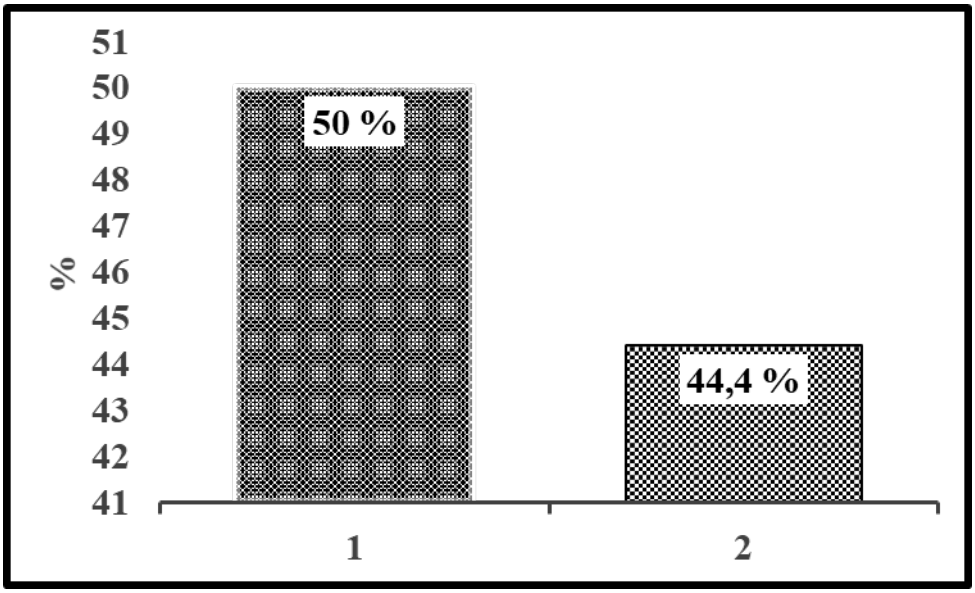


Рис. 1. Показатели смертности (в %) экспериментальных животных при адреналиновом поражении миокарда.
1 – контрольная группа, 2 – опытная группа.

Выводы

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о протективном действии глицина при острых гипоксиях и остром адреналиновом поражении. Известно, что введение адреналина в высоких дозах приводит к развитию ишемического повреждения миокарда вплоть до развития микронекрозов в нём. Было показано, что в миокарде имеются глицин-управляемые хлоридные каналы, через которые глицин предотвращает увеличение ионов кальция в кардиомиоцитах, что и защищает их от ишемического повреждения и гибели [1]. С другой стороны, имеются данные [2], что внутриклеточный глицин оказывает ингибирующее влияние на изменение проницаемости митохондрий в кардиомиоцитах. Вероятно, это и защищает митохондрии во время гипоксии.

Литература

1. Hua-dong Wang, Xiu-xiu Lü, Da-xiang Lu, Ren-bin Qi, Yan-ping Wang, Yong-mei Fu, Li-wei Wang. Glycine inhibits the LPS-induced increase in cytosolic Ca2+ concentration and TNFα production in cardiomyocytes by activating a glycine receptor// Acta Pharmacol Sinica, 2009 Aug; 30(8): 1107-1114 pages.

2. Marisol Ruiz-Meana,Pilar Pina,David Garcia-Dorado,Antonio Rodríguez-Sinovas,Ignasi Barba,Elisabet Miró-Casas,Maribel Mirabet,Jordi Soler-Soler. Glycine protects cardiomyocytes against lethal reoxygenation injury by inhibiting mitochondrial permeability transition // The journal of physiology. Vol. 558, Issue 3. 2004. Pages 873-882.

3. Волчегорский И.А., Долгушин И.И., Колесников О.Л., Цейликман В.Э. Экспериментальное моделирование и лабораторная оценка адаптивных реакций организма: монография / И. А. Волчегорский [и др.]. Челяб. гос. мед. академия. - Челябинск, 2000. - 167 с.

4. Канунникова Н.П. Роль метаболической терапии в комплексном лечении ишемических и реперфузионных повреждений в мозге. Журнал ГрГМУ. 2009. №4. С16-19.

5. Курбанов Р.Д. Перспективы развития кардиологии в Узбекистане // Медицинский журнал Узбекистана 2002; (2-3):10-12.

Rashidova D.A., Yuldashev N.M.

EKSPERIMENTAL O‘TKIR GIPOKSIYA VA ADRENALINLI ZARARLANISHDA GLITSINNING HIMOYA QILISH IMKONIYATLARI

Kalit so‘zlar: glitsin, gipoksiya, adrenalinli zaralanish, miokard infarkti.

Eksperimental o‘tkir gipoksiya va katta dozada adrenalin kiritish holatida glitsin aminokislotasining samarali ta’siri ko’rsatilgan. Olingan natijalarga ko‘ra, giperkapniya bilan kechuvchi o’tkir normobarik gipoksiya va gipoksik gipoksiya sharoitida glitsin tajriba hayvonlarining hayot davomiyligini uzaytirdi. Shuningdek, adrenalinli zararlanishda glitsinning sichqonlar hayot davomiyligini uzaytirishi va o‘lim darajasini kamaytirishi uning adrenobloklovchi xususiyatini ko‘rsatdi.

Rashidova D.A., Yuldashev N.M.

PROTECTIVE CAPABILITIES OF GLYCINE IN THE EXPERIMENT WITH ACUTE HYPOXIA AND ADRENALINE DAMAGE

Key words: glycine, hypoxia, adrenaline damage, myocardial infarction.

It has been shown that the effective effect of the amino acid glycine in acute hypoxia and the introduction of large doses of adrenaline in the experiment. According to the obtained data, glycine increases the life expectancy of experimental subjects in conditions of acute normobaric hypoxia with hypercapnia and hypoxic hypoxia. Also, with adrenaline damage, glycine contributed to a decrease in mortality and an increase in the life expectancy of mice, which showed its adrenoblocking properties.

Буранова Д.Д.

АНГЛИЙСКИЙ КАК ДИСЦИПЛИНА ДЛЯ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В МЕДИЦИНЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ТРЕБОВАНИЯ

Ключевые слова: медицина, английский язык, персонал, мотивация, перспективность.

Английский язык в медицине в настоящее время широко внедряется в систему высшего образования. На повестку дня выходят ключевые требования к современному имиджу сегодняшнего персонала, особенности преподавания английского языка, а также суть стратегии овладения иностранными языками. Поэтому вопросы внедрения эффективных методик для достижения качественного и респектабельного результата при организации деятельности в этом направлении, эффективное использование современных методик преподавания – все это очень важно и приводит к огромным достижениям. Применяя новейшие методы для достижения качества в этой области, в данном исследовании предлагаются эффективные механизмы обеспечения эффективности, а также анализируется влияние мотивации на успешное овладение английским языком, влияние наиболее частых мотивационных моментов на студентов-медиков.

Буранова Д.Д.

ИНГЛИЗ ТИЛИ БЎЛАЖАК ТИББИЁТ МУТАХАССИСЛАРИ УЧУН ФАН СИФАТИДА: ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР ВА ТАЛАБЛАР

Калит сўзлар: тиббиёт, инглиз тили, кадр, мотивация, истиқбол.

Тиббиётда инглиз тили ҳозирги кунда олий таълим тизимига кенг жорий етилмоқда. Кун тартибида бугунги кадрларнинг замонавий имиджига қўйиладиган асосий талаблар, инглиз тилини ўқитишнинг ўзига хос хусусиятлари, шунингдек чет тилларни ўзлаштириш стратегиясининг моҳияти келтирилган. Шунинг учун ушбу йўналишдаги фаолиятни ташкил етишда юқори сифатли ва обрўли натижаларга еришиш учун самарали усулларни амалга ошириш, замонавий ўқитиш усулларидан самарали фойдаланиш масалалари–буларнинг барчаси жуда муҳимдир ва улкан ютуқларга олиб келади. Ушбу соҳада сифатга еришиш учун сўнгги усулларни қўллаган ҳолда, ушбу тадқиқот самарадорликни таъминлашнинг самарали механизмларини таклиф қилади, шунингдек, мотивациянинг инглиз тилини муваффақиятли егаллашга таъсирини, тиббиёт талабаларига енг тез-тез мотивацион дақиқаларнинг таъсирини таҳлил қилади.

Курбонова З.Ч.

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДА ТОМИР – ТРОМБОЦИТАР ГЕМОСТАЗ ПАТОЛОГИЯСИ

Тошкент тиббиёт академияси

Коронавирус инфекцияси (COVID-19) бутун дунё бўйлаб тез тарқалган, оғир асоратлар билан кечадиган янги инфекцион касалликдир. 2019 йил декабрида Уханда номаълум инфекция эпидемик ўчоғи кузатилиб [50], кўп сонли беморларда пневмония ривожланиши Хитой соғлиқни сақлаш тизимида фавқулодда вазиятни келтириб чиқарди. Хитой касалликларни назорат қилиш ва профилактика маркази беморларнинг томоқ суртмасидан тайёрланган экмани ўрганиб чиқди ва ушбу ҳолатни янги турдаги бета-коронавируслар келтириб чиқарганлигини тасдиқлади [25]. Янги вирус SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus) оғир ўткир респиратор синдром коронавируси деб аталди [16, 26].

COVID-19 да оғир коагулопатия, артериал ва веноз тромбозлар ўлимнинг асосий сабабчилари бўлиб чиқди Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, SARS-CoV-2 қон томир эндотелийсидаги ACE2 билан боғланиб, қон томир ўтказувчанлигининг ошиши, микроциркуляция бузилиши, қон томирларда тромб ҳосил бўлишига олиб келади [5]. Бу ўзгаришлар эндотелиал дисфункция ҳамда локал ёки тизимли васкулит ривожланишига олиб келади [3].

Ҳар қандай инфекция оғир кечишида қон ивиш тизими фаоллашади ва ҳимоя тизими сифатида микроорганизмлар тарқалишининг олдини олади [4]. Шу билан бирга, иммун тизим патогенларга қарши кураш учун оксидатив стресс таъсиридан фойдаланади, у эса ўз навбатида ҳужайралар пролиферацияси ва апоптози орасидаги мувозанатни бузади. Ҳозирда бу жараёнлар охиригача ўрганилмаган ва тадқиқ қилишга мухтож [41]. Бироқ COVID-19 да ялиғланиш цитокинларининг ошиши цитокин бўронига сабабчи бўлади, бу эса ўткир генерализацияланган ялиғланиш реакцияси, қон томир эндотелийсининг тарқалган жарохатланишига олиб келади ва ивиш тизими эндоген антикоагулянт механизмлари назоратдан чиқиб кетади, натижада ўткир диссиминирланган томир ичи ивиш синдроми (ДТИС) ривожланади[4, 43]. Яллиғланиш натижасида вужудга келган «цитокин бўрони» эса яллиғланиш тромбозлари - иммунотромбоз хосил бўлишига олиб келади [1,2].

COVID-19 да нафас етишмовчилигининг прогрессивланишида ўпка микротомирларининг иммунотромбози катта аҳамиятга эга [8]. Ундан ташқари ўта оғир даражали COVID-19

да кўплаб церебрал инфарктлар аниқланган беморлар қонида антифосфолипид антитаналар (антикардиолипин IgA, анти-β2-гли-копротеин 1, иммуноглобулин A ва G) миқдори кескин ошиб кетганлиги ҳам кучли яллиғланиш жараёнининг исботи бўлиши мумкин [48]. Француз олимларининг тадқиқотларида 56 та COVID-19 билан касалланган беморлардан 25 (45 %) тасида антикоагулянтлари аниқланган [17].

Шу билан бирга, COVID-19 да қонда носпецифик ялиғланиш биомаркерлари бўлган С-реактив оқсил, ЭЧТ, ферритин, фон Виллебранд (vWF) прокоагулянт омили ҳамда VIII қон ивиш омили ошади [9]. Фон Виллебранд омили концентрациясининг 4–6 баробар ошиши эндотелий зарарланишидан далолат беради [18,34].

Эндотелий нафақат гомеостазни бошқариб туради, балки унинг бутунлигининг бузилиши қон айланиш бузилиши, томирлар вазоконстрикцияси, микроциркуляция бузилиши ва зарарланган аъзолар ишемиясига олиб келади [10]. Шу билан бирга нейтрофил лейкоцитлар фаоллашуви ва ошиши ҳам қон ивишини фаоллаштиради ва тромбозларга олиб келади. Иммунотромбоз ривожланишида лейкоцитларнинг аҳамияти катта. Жумладан, моноцит ва нейтрофил лейкоцитлар ҳам цитокинларни ишлаб чиқариш орқали тромбоцитар ҳамда коагуляцион гемостазни фаоллаштиради [38].

Зарарланган эндотелиал ҳужайралар ва моноцитлар тўқима тромбопластини (ТТ) ишлаб чиқаради. ТТ ажралиши қон ивиш тизимини ташқи йўл билан фаоллаштиради [2]. Гиперяллиғланиш реакциялари тўқималарни жароҳатлайди, натижада эндотелиал барьер бузилади ва коагуляция назорат қилиб бўлмас даражада фаоллашади [10,14].

COVID-19 да эндотелиал дисфункция тромботик асоратлар ривожланиш патофизиологиясининг асосий омилларидан бири бўлиб, унинг натижасида миокард инфарктлари ва инсультлар ривожланади. Эндотелиал дисфункция бевосита вируснинг жароҳатловчи таъсири, эндотелийнинг яллиғланишга жавоб реакцияси, иммун реакциялар фаоллашуви, цитокинлар, комплемент ишлаб чиқарилиши билан боғлиқ [7,27,35].

COVID-19 да беморнинг ёши леталлик хавф омилларидан бири бўлиб хизмат қилади: 85 ёшдан ошган беморларда ўлим кўрсаткичи 1000 тага нисбатан 304,9 ҳолатни ташкил қилган бўлса, 5-17 ёшдаги беморларда бу кўрсаткич 1000 тага нисбатан 0.3 ҳолатни ташкил этди. COVID-19 даги бу оғир асоратларнинг сабабчиси эндотелийнинг ёшга доир ўзгариши бўлиши мумкин [45]. НАДФН-оксидаза ва митохондриялар кислород фаол шаклларини ишлаб чиқаради ва ёш ўтиши билан кислород фаол шакллари тўпланиб боради [42]. Эндотелиал ҳужайраларда кислород фаол шаклларининг ошиши вазодилалатор, антиагрегант ва кардиопротектор таъсирига эга бўлган азот оксидини (NO) блоклайди [44].

Эндотелий фаоллашуви ва ҳаттоки парчаланиши натижасида фон Виллебран омили ажралади [36]. Фон Виллебран омили тромбоцитларни қон томир зарарланган жойда тўплайди ва уларни фаоллаштиради [24]. Спонтан фаоллашган тромбоцитлар ва бошқа қон ҳужайралари тромбоз ривожланишига олиб келади [47].

Тромбоцитлар – қисқа яшовчи кичик ядросиз ҳужайралар бўлиб, бирламчи гемостазда иштирок этади деб ҳисобланган [22]. Бироқ, ҳозирда тромбоцитлар мураккаб тузилмалар бўлиб, турли жараёнлар учун фундаментал механизмларга эга, шу жумладан аутофагия, апоптоз ва бошқалар [33]. Тромбоцитлар бошқа ҳужайраларга, жумладан қон ҳужайралари, эндотелиал ҳужайралар ва бошқа томир ҳужайраларига ҳам таъсир қилиб, гемостатик ва яллиғланишга қарши медиаторлар ажралишига олиб келади. [21].

COVID-19да тромбоцитлар гиперактивацияси ривожланиб, гиперкоагуляция ва иммун жавоб дисфункцияси ривожланади [29]. Фаол тромбоцитлар юзасида P-селектин ва CD40L экспрессия бўлиб, нейтрофиллар билан ўзаро таъсирлашади, α-гранулалар, С3 комплемент компоненти, турли хил цитокинлар, шу жумладан CC-хемокин лиганди 2 (CCL2), CCL3, CCL7, IL-1β, IL-7, IL-8 ва гепатоцитлар ўсиш омили ишлаб чиқаради [12, 37]. Шу билан бирга SARS-CoV-2 вируси тромбоцитлар транскриптоми ўзгаришига олиб келади [28].

SARS-CoV-2 H1N1 грипп инфекцияси каби организмдаги реактив антитаналар билан иммун комплекслар ҳосил қилади [32]. Бу иммун комплекслар тромбоцитлар FcγRIIa рецепторига бирикади ва тромбоцитларни фаоллаштиради [6]. Вирус индуцирланган тромбоцитлар фаоллашуви тромбоцит ва лейкоцитлар конъюгатлари миқдорини оширади [13]. COVID-19 натижасида ўлган беморлар

аутопсиясида ўпка тўқимасида тромбоцитлар, лейкоцитлар миқдори ошганлиги ва микротромблар ривожланганлиги бунинг исботидир [31].

In vitro ва in vivo тадқиқотлар шуни кўрсатдики, вирус инфекцияга жавобан тромбоцитлар IL-1β ажратади ва эндотелий ўтказувчанлигини оширади [19]. Шу билан бирга, COVID-19 да тромбоцитлар нейтрофилларни томир тўрларида тўплайди [31]. Фаол тромбоцитларнинг нейтрофиллар билан бирикиши иммунотромбоз ривожланишида, тромбоцитларнинг альвеолалар бўшлиғига миграцияси ва ўпка шиши ривожланишида мухим аҳамиятга эга [46]. Гипоксия, оксидловчи стресс ва бошқа омиллар тромбоцитлар митохондрияси ишини бузади ҳамда апоптозга олиб келади [30].

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, COVID-19 да бирга кузатиладиган кўпгина ҳамрох касалликлар (масалан, қандли диабет ва семизлик), оксидловчи стрессга ва тромбоцитлар апоптозига олиб келади [40].

COVID-19 да тромбоцитопения ривожланиши нафақат апоптоз, балки тромбоцитларнинг тромб ҳосил бўлишида сарфланиши, SARS-CoV-2-индуцирланган антитромбоцитар аутоантитаналар ишлаб чиқарилиши билан ҳам боғлиқ [49]. Тромбоцитопения юқори леталлик предиктори бўлиб, COVID-19 да тромбоцитопения кузатилган беморларда ўлим ҳолатлари 5 баробар кўп бўлганлиги аниқланган [23].

J. Maquet ва ҳаммуаллифларининг тадқиқотларида келтирилишича, COVID-19 билан касалланган ва тромбоцитопения аниқланган беморларнинг 58% и кислород терапияга муҳтож бўлган [29].

9 та тадқиқот мета-анализида 1779 та COVID-19 билан касалланган беморлар текширилган тадқиқотларда келтирилишича, тромбоцит миқдори 100×10^9/л дан камайиши ёмон прогностик белги бўлиб хизмат қилади. Энг оғир беморларда тромбоцитлар миқдори 35 дан 29×10^9/л гача бўлган [23].

Бироқ COVID-19 билан касалланган беморларда тромбоцитопения кам ҳолатларда 100×10^9/л дан камаяди [39], тромбоцитлар миқдорининг 100×10^9/л дан камайиши фақатгина 5% стационар даволанишга ётган беморларда кузатилган [20]. Fan ва ҳаммуаллифларининг маълумотларида келтирилишича, интенсив терапияга муҳтож бўлмаган аксарият беморларда тромбоцитлар ўртача миқдори нормада бўлган [11].

Ҳар қандай инфекция оғир кечишида қон ивиш тизимини фаоллаштиради ва ҳимоя тизими сифатида микроорганизмлар тарқалишининг олдини олади. COVID-19 да оғир коагулопатия,тромбоцитлар гиперактивацияси ривожланиб, патофизиологиясининг асосий омилларидан бўлган эндотелий дисфункцияси ва гиперкоагуляцияга олиб келади. Бу эса ўлимнинг асосий сабабчилари - артериал ва веноз тромбозларни вужудга келтириб, натижада миокард инфарктлари, инсультлар, ўпка артерияси тромбоэмболиялари ривожланади.

Адабиётлар

1. Воробьев П.А., Елыкомова В.А. и др. Рекомендации МГНОТ по диагностике и интенсивной терапии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови при вирусном поражении легких. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020;5-6:99-111.

2. Галстян Г.М. Коагулопатия при COVID-19. Пульмонология. 2020; 30 (5):645 – 657.

3. Ильченко Л.Ю., Никитин И.Г., Федоров ИГ. COVID-19 и поражение печени. Архивъ внутренней медицины. 2020;10(3):188–197.

4. Петров В.И., Герасименко А.С., Кулакова И.С. и др. Механизмы развития COVID-19 ассоциированной коагулопатии. Диагностика. Лечение.Лекарственныйвестник. 2021;2(82):21-27.

5. Arachchillage D.R., Laffan M. Abnormal Coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. J. Thromb. Haemost. 2020;18(5):1233-1234.

6. Boilard E., Paré G., Rousseau M. et al. Influenza virus H1N1 activates platelets through FcγRIIA signaling and thrombin generation. Blood.2014;123(18):2854–2863.

7. Campbell C.M., Kahwash R. Will complement inhibition be the new target in treating COVID-19–related systemic thrombosis? Circulation. 2020;141(22):1739–1741.

8. Ciceri F., Beretta L.,ScandroglioA.M. etal.MicrovascularCOVID19lungvesselsobstructivethromboinflammatorysyndrome(MicroCLOTS):anatypicalacuterespiratorydistresssyndromeworkinghypothesis. CritCare-Resusc.2020;22 (2):95-97.

9. Cipolloni L., Sessa F., Bertozzi G. et al. Preliminary post-mortem COVID19 evidence of endothelial injury and factor VIII hyperexpression.Diagnostics (Basel). 2020;10(8):575.
10. Colling, M. COVID-19-associated coagulopathy: An exploration of mechanisms. Vascular Medicine. 2020;25:471–478.
11. FanB.E., ChongV.C.L., ChanS.S.W. etal.Hematologic parameters in patients with COVID-19 infection. J Hematol.2020;95(6):131-134. doi: 10.1002/ajh.25774.
12. Fitch-Tewfik J., Flaumenhaft R. Platelet granule exocytosis: a comparison with chromaffin cells. Front Endocrinol (Lausanne). 2013;4:77.
13. Flaujac C., Boukour S., Cramer-Bordé E. Platelets and viruses: an ambivalent relationship. Cell Mol Life Sci. 2010;67(4):545–556.
14. Frantzeskaki F., Armaganidis A., Orfanos S. Immunothrombosis in acute respiratory distress syndrome: Cross talks between inflammation and coagulation. Respiration. 2017; 93:212 – 225.
15. Franchini M., Marano G., Cruciani M. COVID-19-associated coagulopathy. Diagnosis (Berl). 2020;18:357 – 363.
16. Guarner J. Three emerging coronaviruses in two decades: the story of SARS, MERS, and now COVID-19 // American journal of clinical pathology. 2020;153 (4):420-421.
17. Harzallah I., Debliquis A., Drénou B. Lupus anticoagulant is frequent in patients with Covid-19. J. Thromb. Haemost. 2020;18:2064 – 2065.
18. Helms J., Tacquard C., Severac F. et al. High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study. Intensive Care Med. 2020;46: 1089 – 1098.
19. Hottz E.D., Lopes J.F., Freitas C. et al. Platelets mediate increased endothelium permeability in dengue through NLRP3-inflammasome activation. Blood. 2013;122(20):3405–3414.
20. Huang C., Wang Y., Li X., Ren L. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China.Lancet. 2020;395(10223):497–506. DOI: 10.1016/ S0140- 6736(20)30183-5.
21. Koupenova M., Freedman J.E. Platelets and immunity: going viral. Arterioscler. ThrombVasc Biol. 2020;40(7):1605–1607.
22. Leslie M. Beyond clotting: the powers of platelets. Science. 2010;. - Vol.328(5978). – P.562–564.
23. Lippi G., Plebani M., Henry M.B. Thrombocytopenia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infections: a meta-analysis.ClinChimActa. 2020;506:145−148. DOI: 10.1016/j.cca.2020.03.022.
24. Löf A., Müller J.P., Brehm M.A. A biophysical view on von Willebrand factor activation. J Cell Physiol. 2018;233(2):799–810.
25. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: the mystery and the miracle. J. Med. Virol.2020;92(4):401–402.
26. Lu R., Zhao X., Li J. et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. Lancet. 2020;395(10224):565-74. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30251-8.
27. Magro C., Mulvey J.J., Berlin D. et al. Complement associated microvascular injury and thrombosis in the pathogenesis of severe COVID-19 infection: a report of five cases Transl Res. 2020;220:1–13.
28. Manne B.K., Denorme F., Middleton E.A. et al. Platelet gene expression and function in patients with COVID-19. Blood. 2020;136(11):1317–1329.
29. Maquet J., Lafaurie M., Sommet A. et al. Thrombocytopenia is independently associated with poor outcome in patients hospitalized for COVID-19.Br J Haematol. 2020;190(5):276–279.
30. Melchinger H., Jain K., Tyagi T., Hwa J. Role of platelet mitochondria: life in a nucleus-free zone. Front Cardiovasc Med. 2019;6:153.
31. Sut C., Tariket S., Aubron C. et al. The non-hemostatic aspects of transfused platelets. Front Med (Lausanne). 2018;5:42.
32. Tukhtaev K.R., Tulemetov S.K., Zokirova N.B. et al. Prolonged exposure of low doses of fipronil causes oxidative stress in pregnant rats and their offspring // Internet Journal of Toxicology. – 2013. - №10 (1). – Б.1-9

Юсупов А.С., Исмаилова М.У.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Оперативное лечение в детской ортопедии характеризуется высокой травматичностью, значительной кровопотерей. При этом методы анестезиологического пособия должны отвечать требованиям безопасности, надежности, малой инвазивности и обеспечить адекватные условия для работы операционной бригады [1, 14]. Объем и травматичность ортопедических оперативных вмешательств у детей требует эффективное и безопасное обезболивание. С этой целью широко используются препараты внутривенной анестезии [2,13].

Опиоиды на протяжении длительного времени являются «золотым стандартом» периоперационного обезболивания как у взрослых пациентов, так и у детей [3,15]. Однако, чрезмерное использование опиоидных анальгетиков замедляет пробуждение после операции, вызывает сонливость и сопряжено с более высоким риском после операционной тошноты и рвоты, а также с другими побочными эффектами, которые сопровождаются развитием ряда негативных эффектов, как респираторная депрессия, мышечная ригидность, кожный зуд и толерантность [4, 9, 10]. Использование больших доз опиоидных анальгетиков может вызвать опиоид-индуцированную послеоперационную гипералъгезию. Она развивается в результате ноцицептивной сенсибилизации, вызванной нейропластическими изменениями в периферической и центральной нервной системе, и значительного снижения болевого порога [15]. В настоящее время представляется очевидной необходимость сокращения доз опиоидных анальгетиков в периоперационном периоде. С этой позиции весьма привлекательным является широкое использование комбинаций препаратов, которые позволяют существенно снизить потребность в опиоидных анальгетиках [16].

Среди опиоидных анальгетиков Фентанил применяется, как основной компонент общей анестезии. Также накоплен опыт применения севофлурана при хирургических вмешательствах у детей [5, 8, 11].

Выбор оптимального метода анестезии при ортопедических операциях зависит от общего состояния больного, характера операции [6, 7, 12].

Целью исследования явилось оптимизация обезболивания применением фентанила, севофлурана и пропофола при ортопедических операциях у детей.

Материалы и методы

Нами было обследовано 58 детей в возрасте от 3 до 14 лет (таблица 1), которым проводилась комбинированная общая анестезия на основе фентанила, севофлурана и пропофола при ортопедических операциях. Больные были разделены на 2 группы: первая группа – основная, для обезболивания использовали фентанил в дозе 3 мкг/кг, севофлуран до 4,0 об% и пропофол 2 мкг/кг (28 больных). Поддержание анестезии осуществлялось ингаляцией севофлурана до 1,3 об%, инфузией пропофола из расчета 120 - 150 мкг/кг/мин (в зависимости от этапа операции) и по показаниям фентанила 1/3 часть от основной дозы.

При проведении анестезии больным второй группы (30 больных), индукцию начинали с внутривенного болюсного ведения пропофола в дозе 3 мг/кг, затем вводился анальгетик фентанил в дозе 5 мкг/кг внутривенно. После введения миорелаксанта ардуана в дозе 0,06мг/кг и гипервентиляции 100% кислородом производилась интубация трахеи. Искусственная вентиляция легких проводилась наркозным аппаратом «Fabius» в режиме нормовентиляции. Поддержание анестезии осуществлялось инфузией пропофола из расчета 100 - 150 мкг/кг/мин (в зависимости от этапа операции) и внутривенного введения фентанила 2,5 мкг/кг/час через каждые 20-30 минут.

Производились следующие операции: артропластика тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра и торакопластика при воронкообразной деформации грудной клетки. Для объективной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы применялся метод эхокардиографии. Сердечный индекс (СИ), удельное периферическое сопротивление (УПС), ударный индекс (УИ), и фракция изгнания (ФИ) были рассчитаны по общепринятым формулам. О п р е -



делялись следующие показатели: АД среднее (САД), сатурация кислорода (SaO2), частота сердечных сокращений (ЧСС) с использованием монитора PROTOCOL 102E (USA).

Таблица 1

Распределение больных по нозологии

Нозология	1 группа	2 группа	Всего
Воронкообразная грудная клетка	14	14	28
Врожденный вывих бедра	14	16	30
Всего	28	30	58

Премедикация у детей в обеих группах была стандартной, осуществлялась внутримышечным введением атропина сульфата 0.1%-0,01 мг/кг, сибазона 0,5%-0,3 мг/кг, кетамина 5%- 3мг/кг за 15 мин до операции.

Результаты и обсуждение

При оценке полученных результатов исследуемых показателей у детей первой группы ЧСС увеличивался на 18% после премедикации, а в период индукции отмечалось ее уменьшение на 8%. В периоде поддержания анестезии наблюдалось уменьшение ЧСС на 11%, а к периоду пробуждения ЧСС возвращается к исходным значениям. УПС снизилось после премедикации на 5% (от 64,8±5,4 до 61,9±2,4), статистически достоверных изменений до конца хирургического вмешательства не наблюдалось.

При проведении общей анестезии пациентам второй группы установлены следующие изменения: Минимальное среднее ЧСС за все время исследования 117,1±3,67. Достоверных различий между показателями ЧСС не выявлено.

Сочетание фентанила с пропофолом и севофлураном при ортопедических операциях обеспечивало адекватную анестезию характеризующаяся стабильностью показателей центральной и периферической гемодинамики. Севофлуран быстро вызывал сон, поддерживал выключение сознания на всем протяжении, обеспечивал легко управляемую анестезию. Инфузия препарата пропофола для поддержания анестезии хорошо взаимодействует с наркотическими анальгетиком фентанилом, обладает меньшими по сравнению с другими внутривенными анестетиками побочными эффектами.

Данные изменений показателей гемодинамики при проведении анестезиологического пособия первой группы приведены в таблице 2. При оценке полученных результатов было установлено, что исходные значения исследуемых показателей первой группы больных находятся в пределах физиологических величин.

Таблица 2

Показатели гемодинамики на этапах анестезии у детей первой группы

	Исход	Премедикация	Индукция	Серед.опер.	Конец опер.
САД (мм.рт.ст.)	80,2±2,9	97,4±3,7	94,5±3,2	90,2±3,1	84,8±3,07*
УИ (мл/м^2)	42,7±2,3	40,7±2,45	40,4±2,7	39,3±2,6	40,3±2,7
СИ (л/мин/ м^2)	4,4±0,9	4,9±0,69	4,5±1,02	4,2±0,9	4,1±0,9
УПС дин-с/(см^3-м^2)	64,8±5,4	61,9±2,4	61,4±5,4	59,7±5,3	61,5±5,5
ЧСС (уд.в мин.)	102,7±3,5	121,05±2,2	112,9±3,5	108,04±3,5*	102,3±3,3
ФИ (%)	72,8±2,03	74,4±2,13	74,9±2,1	74,9±2,1	73,7±2,2

Примечание: * - достоверность различий показателей (P<0,01) по сравнению с исходным.

После премедикации отмечалось увеличение САД по сравнению с исходными данными на 12%. Уменьшение параметра САД на 3% отмечалось на фоне индукции (с 97,4±3,7 до 94,5±3,2). К периоду пробуждения отмечалось уменьшение САД на 13% по сравнению с этапом премедикации. Отмечается снижение УИ после премедикации на 7% (с 42,7±1 до 40,7±0,3). ЧСС увеличивался на 18% после премедикации, а в период индукции отмечалось уменьшение на 8%. В периоде поддержания анестезии наблюдалось снижение ЧСС на 11%, а к периоду пробуждения ЧСС возвращается к исходным значениям. УПС снизился после премедикации на 5% (от 64,8±5,4 до 61,9±2,4), статистически достоверных изменений до конца хирургического вмешательства не наблюдалось. Из этого можно сделать вывод, что не было показателей, которые указывали бы, на периферическую вазодилятацию и вазоконстрикцию. Показатель УИ на этапах анестезии сохранялись на первоначальных величинах. ФИ повысился на 2 этапе анестезии на 10% по сравнению 1 этапом. На остальных этапах ФИ сохранил нормальные исходные значения.

Примечательно, что у пациентов в начале индукционного периода развивалась гиповентиляция, которая, связана с действием пропофола, явлений возбуждений и двигательных реакции не наблюдалось.

Характеристика изменений показателей гемодинамики при анестезиологическом пособии у больных второй группы приведены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели гемодинамики на этапах анестезии у детей второй группы

	исход	Премедик.	Индукция	Серед.опер.	Конец опер.
САД (мм.рт.ст.)	67,3±2,5	74,6±2,6	73±2,2	74,3±2,2	78,1±2,2
УИ (мл/м²)	40,7±3,5	45,3±3,5 (+10%)	40,6±3,8	35,9±3,8 (-12%)	47,7±3,7 (+10%)
СИ (л/мин/ м²)	4,3±0,9	5,5±1,1	4,8±1,2	4,0±1,1	5,7±1,1
УПС дин-с/(см^3-м^2)	57,9±3,0	65,3±3,3	57,7±4,0	49,9±3,5*	68,6±3,5
ЧСС (уд.в мин.)	114,7±6,3	124±3,6	121,9±3,7	117,1±3,67	122,8±3,7
ФИ (%)	68,1±2,1	74,1±2,3	70,0±2,5	68,6±2,7	73,9±3,1

Примечание: * - достоверность различий показателей (P<0,01) по сравнению с исходным.

Общая анестезия с использованием фентанила и пропофола отмечеены следующие изменения показателей гемодинамики на этапах анестезии (таблица 3). После премедикации отмечалось увеличение ЧСС на 8%, САД на10%, УИ на10%, СИ на 27%, УПС на 12%, ФИ на 8%. Отмечаемая гипердинамия в периоде премедикации, была связано М-холиномиметическим действием атропина. Минимальное среднее ЧСС за все время исследования 117,1±3,67. Доставерных различий между показателями ЧСС не выявлено. Максимальное значение САД составило 78,1±2,2 в конце операции. УИ на этапе индукции и в периоде поддержания анестезии снижался до 12%, что свидетельствует об адекватной перфузии тканей. Снижение показателей ЧСС и УИ вызывает значительное снижение СИ до 28%. Метоболизм в тканях улучшается, потребность к кислороду не нарастает. На этапе индукции УПС снижается на 12%, в периоде поддержания анестезии отмечается достоверное снижение на 24%. В конце операции повышается на 5%. Возможно, из-за повышения тонуса сосудов. Начиная со второго этапа наростает тенденция к снижению показателя ФИ (Рис.1).

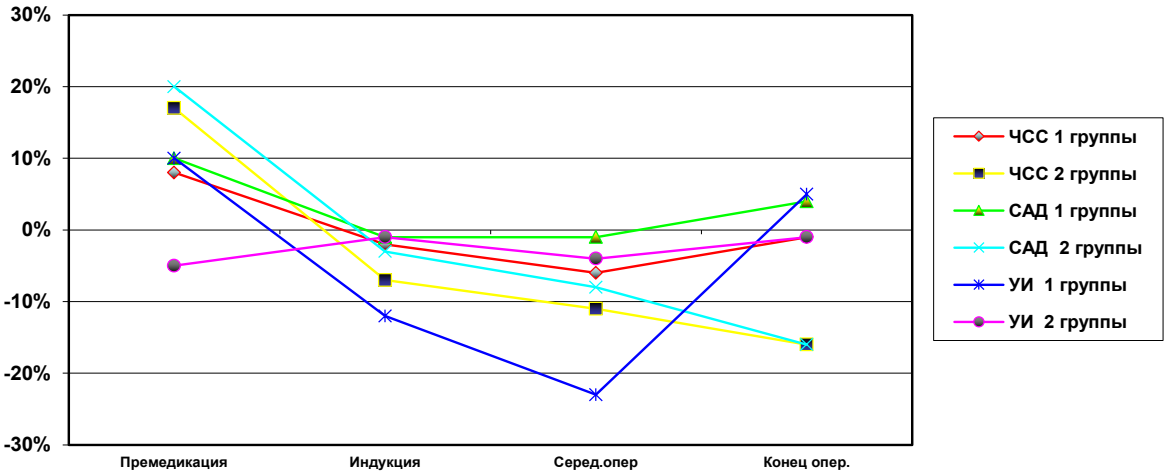


Рис-1. Сравнительная характеристика параметров ЧСС, САД и УИ при общей анестезии

При сравнении показателей ЧСС, САД и УИ между обеими группами, отчетливо выделяется снижение УИ в периоде индукции и более выраженное снижение в середине операции у детей 2 исследуемой группы. К концу операции УИ становился ближе к значениям премедикационного периода. Показатели САД и ЧСС при общей анестезии в комбинации пропофола с фентанилом склонны к снижению и к концу операции эти показатели возвращаются к исходным значениям.

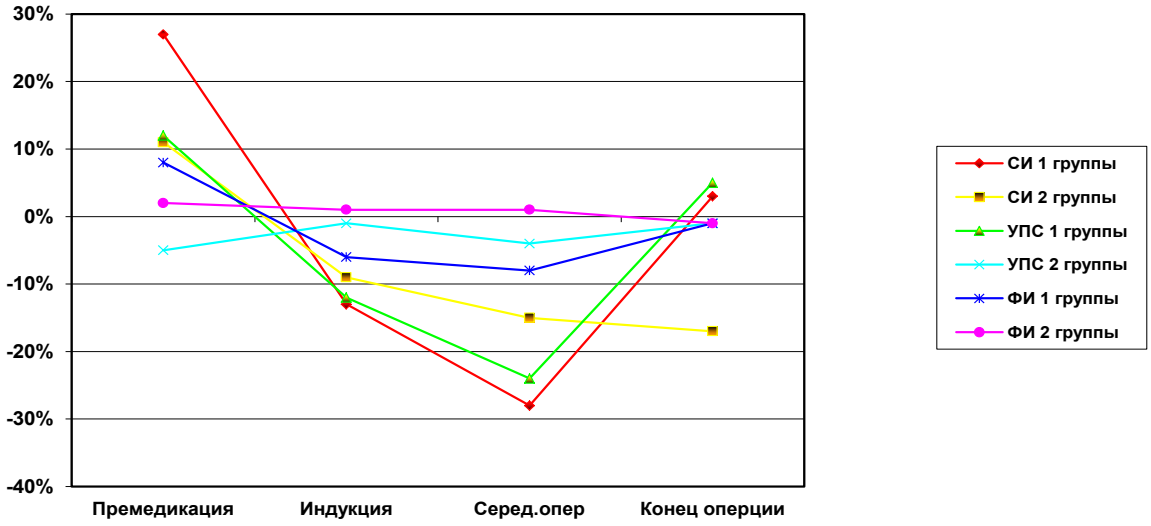


Рис-2 Сравнительная характеристика параметров СИ, УПС и ФИ при общей анестезии.

На рисунке 2 отмечается отчетливое снижение СИ и УПС в середине операции. Нарастает тенденция к снижению СИ у детей второй группы. В первой группе ФИ остается в пределах нормы, тогда как во второй исследуемой группе идет снижение на этапах анестезии.

Выводы

1. Комбинация севофлурана с фентанилом и пропофолом в малых дозах обеспечивает стабильность гемодинамики на всех этапах оперативного вмешательства без снижения сократительной способности миокарда.

3. Комбинированная анестезия на основе севофлурана, фентанила и пропофола благодаря стабильному течению, раннему пробуждению больных после операции является методом выбора анестезии при ортопедических операциях у детей.

Литература

1. Абрамов А.Д, Лекманов А.У., Попов В.В., Кантер А.Л. Анестезиология и реаниматология 2007;1:17-20.
2. Брагина Н.В., Горбачев В.И., Нетесин Е.С. О выборе дозы фентанила в педиатрической анестезиологии. Анестезиология и реаниматология, 2021;2:56-86.
3. Диордиев А.В., Яковлева Е.С., Адкина Е.А., Батышева Т.Т., Климов Ю.А., Лазарев В.В. Анестезиология и реаниматология 2021 №3.С.60-68).
4. Евреинов В.В., Жирова Т.А., Лечение боли у детей с детским церебральным параличом при реконструктивных или паллиативных операциях на тазобедренном суставе. Анестезиология и реаниматология, 2019, 5: с. 88-95.
5. Лихванцев В.В. Практическое руководство по анестезиологии, МИА, -Москва, --1998.
6. Острейков И.Ф., Селин В.А., Ершов В.Л. и др. Общее обезболивание с использованием дипривана у больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата в стационаре одного дня. Анестезиология и реаниматология. 1998;1:12-14.
7. Салиходжаев Ш.Н., Исмаилова М.У., Талипов М.Г. Гемодинамические показатели на этапах комбинированной общей анестезии с применением пропофола при малотравматичных хирургических вмешательствах у детей. Педиатрия. 2017;3:78-81.
8. Танатаров С.З., Неймарк М.И.Комбинированная анестезия (севофлуран+пропофол) в онкохирургии. Тихоокеанский медицинский журнал, 2012;4:49-51.
9. Тарасова Н.Ю., Шмигельский А.В, Лубнин А.Ю., Куликов А.С. Анестезиология и реаниматология 2020№3-С.27-36).
10. Angsi MS, Clark JD. Opioid-induced hyperalgesia: a qualitative systematic review. Anesthesiology.2006; 104(3):570-587.
11. Aitkenhead A.R., Smith G. Руководство по анестезиологии. || 3-е издание, пер. с англ., Москва, «Медицина»,1999
12. Diprivan (Propofol) Versalite Intravenous Anaesthesia/ Zeneca Pharmaceutical. – Macclesfield, Cheshire/- 1994. P.200
13. Judith A Nolan. Principles of pediatric anesthesia.Anesthesia and intensive care medicine 20:6. pp. 309-313. 2019 Elsevier Ltd. All rights reserved.
14. Niall C., Wilton and Brian J. Anderson. Orthopedic and spine surgery. A Practice of Anesthesia for Infants and Children (Sixth Edition)9 February 2018. pp 727-753.
15. Mulier J. Opioid free general anesthesia: A paradigm shift? RevistaEsponola de Anestesiologia y Reanimacion. 2017;64 (8):427-430.
16. SchugS, PalmerG, ScottD, HallivellR, TrincaJ. Acute PainSchug S, Palmer G, Scott D, Hallivell R, Trinca J. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zeland College of Anaesthetists.4-th ed. Melbourne; 2015.647 p. http://fpm.anzca. edu.au/documents/apmse4_2015_final

Yusupov A.S., Ismailova M.U.

BOLALARDA ORTOPEDIK OPERATSIYALARDA GEMODINAMIK KO‘RSATKICHLARNING O‘ZGARISHI

Kalit so‘zlar: kombinirlangan anesteziya, sevofluran, propofol, fentanil, gemodinamik ko‘rsatkichlar.

Bolalarda ortopediya operatsiyalarida markaziy gemodinamika ko’rsatkichlarini o’zgartirish

Tadqiqotning maqsadi bolalarda ortopediya operatsiyalarida fentanillar, Sevofluran va prefofoldan foydalanish bilan anesteziyani optimallashtirish edi. Biz 3 yoshdan 14 yoshgacha bo’lgan 58 bolani ko’rib chiqdik. Fentanil, Sevofluran va ortopedik operatsiyalar bilan birlashtirilgan umumiy behushlik va propofolni ijro etgan. Bemorlar 2 guruhga bo’lindi: birinchi guruh - asosiy guruh, og’riqni engillashtirish uchun, Og’riqli, Sevglonuran va propupol ishlatilgan. Ikkinchi guruhda Fentanil va propofol ishlatilgan. Sevoflonan, Fentanil va Pouloilga asoslangan birlashtirilgan behushlik, operatsiyadan keyin bemorlarni erta uyg’onish, bolalarda ortopediya operatsiyalarida og’riqsizlantirish usulidir.

Yusupov A.S., Ismailova M.U.

CHANGING THE INDICATORS OF CENTRAL HEMODYNAMICS IN ORTHOPEDIC OPERATIONS IN CHILDREN

Key words: combined anesthesia, Sevofluran, proofol, fentanil, hemodynamic indicators.

The aim of the study was to optimize anesthesia with the use of fentanils, Sevofluran and propofol in orthopedic operations in children. We examined 58 children aged 3 to 14 years, who performed combined general anesthesia based on fentanil, Sevofluran and Propofol with orthopedic operations. Patients were divided into 2 groups: the first group - the main one, for pain relief used Fentanil, Sevofluran and Propofol. In the second group, fentanil and propofol were used. Combined anesthesia based on Sevofluran, Fentanil and Poloil due to the stable course, early awakening of patients after surgery is the method of choosing anesthesia in orthopedic operations in children.

Ахмедиев М.М.[2], Алиходжаева Г.А.[1], Ахмедиев Т.М.[1]

МИЕЛОДИСПЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПОРОКЕ РАЗВИТИЯ

Ташкентская медицинская академия[1]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии[2]

Миелодисплазия (МД) (mielos - спинной мозг, displasis - неправильное развитие органов и тканей) - собирательное понятие, объединяющее большую группу пороков развития спинного мозга и позвоночника с типичной локализацией (чаще в пределах L1-S5 сегментов) и широким диапазоном проявлений, от рахишизиса до скрытых форм спинальных дизрафий.

В течение последних десятилетий нет тенденции к снижению частоты пороков развития, несмотря на совершенствование методов профилактики, и перинатальной диагностики [2,5,16].

Подавляющее большинство авторов рассматривают в числе возможных этиологических факторов нарушение процессов эмбриогенеза на стадии закладки нервной и костной системы, т.е. те нарушения, которые возникают в сроки от 16-го дня до конца 8-й недели после оплодотворения, когда происходит формирование не только позвоночника, но и основных внутренних органов [11,20].

В основе возникновения спинномозговой грыжи лежит порок развития спинного мозга, появляющийся как результат задержки закладки и замыкания медуллярной пластинки в мозговую трубку. Именно на этих этапах эмбриогенеза возникают первичные нарушения нейруляции и формирование спинальных дизрафий. В стадии вторичной нейруляции могут появиться пороки развития пояснично-крестцового отдела позвоночника. Нарушается процесс развития и замыкания дужек позвонков, который в норме совместно с образовавшимися из эктодермы мягкими тканями и оболочками мозга, получившими начало из мезодермы, закрывает спинномозговой канал. В результате наличия костного дефекта задней стенки позвоночного канала, под влиянием повышенного давления ликвора в субарахноидальном пространстве спинной мозг с корешками и оболочками выпячивается, формируя объемное образование, частично или полностью покрытое кожей [12].

Врожденные пороки развития позвоночника и спинного мозга или миелодисплазии являются одной из тяжелых форм патологии у детей. В настоящее время в группу дизрафических нарушений относят разнообразные патологические процессы со стороны кожных покровов, мышц спины в сочетании с нарушением формирования спинного мозга, позвоночника и спинномозгового канала. Порок развития позвоночника и спинного мозга нередко представлен комплексом нейрохирургических заболеваний – спинно-мозговая грыжа (СМГ), гидроцефалия (ГЦ), мальформация Киари (МК), синдром фиксированного спинного мозга (СФСМ), сирингомиелия (СМ) [6,9,14].



В последние годы широкое распространение получила внутриутробная пренатальная диагностика МД с помощью ультразвукового исследования. По данным Biggio et al. ультразвуковое исследование плода дает возможность уже на ранних сроках определить уровень расположения грыжи, ее протяженность, анатомическую форму, состояние позвоночника, наличие гидроцефалии и сочетанных пороков развития [15].

Большинство авторов сходятся на том, что единственный радикальный метод лечения МД у детей - хирургический. Радикальная операция – коррекция вертебро-медуллярной аномалии, устранение спинномозговой грыжи и синдрома фиксированного спинного мозга. Необходимым условием для благоприятного исхода оперативного вмешательства является выбор оптимальных сроков и методов хирургического лечения [16,20].

Объем оперативного вмешательства у пациентов с МД пояснично-крестцовой области предусматривает: при наличии ГЦ на первом этапе выполнение ликворокоррегирующей операции, на втором устранение грыжевого мешка, дизрафичных полудужек позвонков, менингиолиз с иссечением различных врожденных соединительнотканных тяжей, миелорадикулолиз с обязательным пересечением короткой терминальной нити [3,7]. При этом лечебно-диагностический алгоритм ведения новорожденных с МД зависит от целостности грыжевого мешка, наличия ликвореи, степени выраженности сопутствующей ГЦ. При разрыве или угрозе разрыва грыжевого мешка, частичном рахишизисе с истечением ликвора оперативное вмешательство выполняется в ургентном порядке [6,10].

Многие авторы склоняются к мнению о целесообразности оперативного вмешательства в первые месяцы жизни ребенка. Так как с возрастом спинномозговая грыжа увеличивается, что ухудшает условия для пластического закрытия дефекта, а развивающиеся в грыжевом мешке процессы увеличивают степень и тяжесть неврологических расстройств. Наоборот, высвобождение подпаянных корешков ведет к восстановлению функции тазовых органов и нижних конечностей [4,19]. Так по данным Basar, у пациентов со спинномозговыми грыжами при консервативном лечении ни у одного пациента не наступило восстановление функции органов малого таза, но отмечалось улучшение после нейрохирургического вмешательства [13]. По данным других авторов, уродинамика у пациентов со спинномозговыми грыжами может быть улучшена только при ранних операциях и не приносит улучшения, когда развиваются вторичные изменения спинного мозга в более старшем возрасте. Так по данным Balkan et al. после хирургического лечения отмечено существенное улучшение в функции детрузора в 35%, электромиографически в 45%, восстановление недержания мочи и кала в 70% [13]. Oakes же указывает на очень низкую вероятность восстановления нарушений мочеиспускания в послеоперационном периоде, но высокую вероятность восстановления неврологических функций нижних конечностей [15].

Комплекс патологических факторов и сопутствующих им изменений состава ликвора определяют характер развития ГЦ при spina bifida. По мнению Суфианова А.А., Гизатуллина М.Р. [8] проведение оперативного лечения в раннем возрасте является более благоприятным для сохранения неврологического статуса, так как с увеличением возраста пациента возрастает риск возникновения неврологического дефицита или его углубления. Важно соблюсти три принципа: декомпрессия спинного мозга и корешков конского хвоста с восстановлением оптимальных взаимоотношений спинного мозга, корешков конского хвоста, ликвора и твердой мозговой оболочки, снятие фиксации спинного мозга и сохранение целостности нервной структуры. Стремление к компенсации краниоцеребральной диспропорции с учётом биомеханических свойств краниоспинальной системы, оценке персонализированных данных ликворообращения ребёнка является краеугольным камнем послеоперационной адаптации больных.

В работе Усманханова О.А. [10] проанализированы результаты лечения 178 больных со СМГ. При установлении диагноза и выбора тактики лечения, кроме клинико–инструментальных методов обследования, были использованы современные методы – МРТ, МСКТ миелография и герниография, которые позволили определить структурные изменения грыжевого мешка, проследить варианты фиксации спинного мозга, нераспознанную костную патологию позвоночника. У 44 (43,1%) были оболочечные грыжи, у 49 (48%) липомиелоцеле и 9 (8,9%) скрытые формы дизрафии.

Сочетание СМГ (оболочечные) с ГЦ и мальформацией Киари было у 25 (56,5 %) пациентов, с мальформацией Киари – у 13 (29,5 %), с изолированными СМГ было 6 (14%) больных. Сложности в процессе планирования хирургического вмешательства возникали при выборе линии разреза кожи у пациентов с липомиелоцеле. Разработанный и использованный «Минаретный» разрез кожи обеспечивал тотальное удаление липомы и широкий доступ к зоне интереса у 47 пациентов. Учитывая результаты МСКТ миелографии и герниографии, реконструкция дополнялась резекцией незаращённых дужек у 20 больных и ламинэктомией 1-2 позвонков у 14 пациентов. Радикальности резекции жировиков удалось достичь у 16 пациентов, субтотальное удаление произведено у 31. Менингорадикулолиз осуществлен у 34 пациентов. Полной дефиксации спинного мозга удалось добиться у 18 больных, частичной – у 30. Мышечно-фасциальная пластика грыжевых ворот осуществлена у 29. У 17 (16%) пациентов из 102 больных с оболочечными СМГ отмечалась точечная ликворея и спонтанные разрывы. Для таких случаев разработан и внедрен в клиническую практику способ хирургического лечения СМГ при спонтанном разрыве.

Проведение операции в раннем возрасте дает возможность, как можно раньше начать коррекцию сопутствующих состояний и восстановительное лечение. Так коррекция искривлений позвоночника серьезная проблема у детей со спинномозговой грыжей. Главное, чтобы корректирующая операция была выполнена до прогрессирования неврологических расстройств, т.е. как можно в более ранние сроки. Как отмечалось выше, в 14% спинномозговой грыже сопутствует косолапость, чем раньше начато лечение косолапости, тем лучше результаты лечения и больше шансов обойтись без хирургической коррекции [12,17].

При небольших грыжах с хорошим кожным покровом, если отсутствуют нарушения функции тазовых органов и нижних конечностей, к решению вопроса об операции нужно подходить очень осторожно, так как в результате травматизации интимно припаянных к грыжевому мешку элементов спинного мозга после операции могут развиться неврологические нарушения ятрогенного характера. В этом случае оперативное лечение некоторыми авторами рекомендуется в возрасте ребенка старше 6 месяцев [1, 18]. Основная цель операции - устранение косметического дефекта.

Владимиров М.Ю. с соавт. [3] анализируют результаты лечения 30 детей с мальформацией Киари 2 типа. Все дети в периоде новорожденности оперированы по поводу СМГ и ГЦ. Показаниями к операции служили интероскопические и функциональные методы исследования - МРТ, стволовые вызванные потенциалы. Операция по поводу мальформации Киари проводилась в возрасте от 5 мес. до 1,5 лет. Объём оперативного вмешательства определялся интраоперационно на основании визуальной картины и данных УЗ исследования. У 13 (43%) детей объём оперативного вмешательства заключался в ламинэктомии С1 и «экономной» резекции затылочной кости, у 17 (57 %) детей проведена лишь ламинэктомия С1, необходимости в пластики ТМО не было ни у одного ребенка. Клинический эффект в послеоперационном периоде оценивался по интероскопическим и нейрофизиологическим данным, так как оценка клинической симптоматики в данном возрасте затруднена по объективным причинам. По данным МРТ у всех пациентов наблюдалось нормализации ликворотока на краниоцервикальном уровне. По данным исследования стволовых вызванных потенциалов признаки страдания стволовых структур купированы. Осложнений не было.

Beuriat P.A., Di Rocco F. C с соавт. [14] изучили особенности мальформации Киари 2 типа у 61 детей с МД. Катамнез в среднем составил 8,1 год. Динамику опущения миндаликов мозжечка оценивали по контрольным МРТ в разные сроки после операции герниотомии. 47 детей (77%) имели мальформацию Киари II типа при рождении, что установлено до операции герниотомии. Установлена высокая корреляция между наличием мальформации Киари 2 типа и уровнем локализации СМГ (p=0,003). После устранения СМГ только у 28 (45.9%) детей сохранилась мальформация краниоцервикального перехода. После устранения СМГ, детей, нуждающихся в ликворошунтирующей операции по поводу ГЦ было достоверно больше в группе с сохранением опущения миндаликов мозжечка (p=0,004). Только у 11,5% детей потребовалось проведение реконструктивной операции по поводу симптомной мальформации Киари II типа.

Таким образом, проблема ранней диагностики миелодисплазий, необходимость

комплексного лечения, включающего микрохирургическое пособие, подкрепленное нейрофизиологическим мониторингом и мультидисциплинарный подход являются неотъемлемой составляющей в улучшении качество жизни и ранней реабилитации больных детей.

Выводы

1. Особенностью клинического течения миелодисплазий в современных условиях является преобладание тяжелых форм порока, с вовлечением в патологический процесс спинного мозга (миелоцеле и миелорадикулоцеле).

2. Важно соблюсти три принципа в хирургической коррекции вертебро-медуллярной аномалии: декомпрессия спинного мозга и корешков конского хвоста с восстановлением оптимальных взаимоотношений спинного мозга, корешков конского хвоста, ликвора и твердой мозговой оболочки, снятие фиксации спинного мозга и сохранение целостности нервной структуры.

Литература

1. Ахмедиев М.М., Махмудов Ш.Д., Шамсиев А.Т. Врожденные спинномозговые грыжи у детей и их хирургическое лечение. Международный неврологический журнал. 2009;8:78-81.
2. Бердиев Р.Н., Чориев Ш.Б. Новое в хирургическом лечении врождённых спинномозговых грыж у детей. Нейрохирургия и неврология детского возраста. СПб. 2013;3:42-46.
3. Владимиров М.Ю., Зиненко Д.Ю., Хафизов Ф.Ф. и др. Выбор вида оперативного лечения при синдроме Арнольда-Киари 2 типа. XVIII Всероссийская научно-практич. конф. «Поленовские чтения». Сб. материалов. СПб. 2019:269-270.
4. Иванов В.С., Данилов В.Ю., Фатыхова Э.Ф. и др. Современные принципы обследования и лечения детей со спинномозговыми грыжами. II Всероссийская конференция «Детская нейрохирургия». Материалы конференции. Екатеринбург 27-29 июня, 2007;103-104.
5. Кузнецова Т.В. Этиопатогенетические и клинические особенности течения спинномозговых грыж у детей, совершенствование методов хирургической коррекции и реабилитации: Дисс… канд. мед. наук. Бишкек, 2008:137.
6. Мартиросян М.М., Саргсян С.П., Карапетян Т.А. Особенности лечений открытых форм спинномозговых грыж у новорожденных. I съезд Евразийского сообщества детских нейрохирургов. - Мат-лы съезда. Минск. 2017:131-132.
7. Рудакова А.В., Ларионов С.Н. Особенности диагностики и лечения спинальных мальформаций в детском возрасте. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2012;4-2 (86):110-113.
8. Суфианов А.А., Гизатуллин М.Р. Люмбосакральная липома/ М.: Издательство РАМН. 2013:136.
9. Талабаев М.В. Результаты нейрохирургического лечения миелоцеле. VII Всероссийский съезд нейрохирургов. Сб. тезисов. - Казань. 2015:75.
10. Усманханов О.А. Хирургическое лечение осложненных форм спинномозговых грыж. Нейрохирургия и неврология Казахстана. 2017;4 (49)67-11.
11. Шодиев А.Ш., Хусанов З.Т., Умаров Н.Н. К особенностям распространения нейрохирургических аномалий развития в Самаркандской области Узбекистана. VII Всероссийский съезд нейрохирургов. Сб. тезисов. Казань. 2015:83.
12. Alford E.N., Hopson B.D., Safyanov F. et al. Care management and contemporary challenges in spina bifida: a practice preference survey of the American Society of Pediatric Neurosurgeons. J Neurosurg Pediatr., 2019;30:1-10.
13. Balkan E, Kilic N, Avsar J. Urodynamic findings in the tethered spinal cord: the effect of tethered cord division on lower urinary tract functions. Eur. J. Pediatr. Surg. 2001;11(2):116-119.
14. Beuriat P.A., Szathmari A., Rousselle C. et al. Complete reversibility of the Chiari type II malformation after postnatal repair of myelomeningocele. World Neurosurg., 2017;108: 62-68.
15. Biggio J.R., Owen J., Wenstrom K.D., Oakes W.I. Can prenatal ultrasound findings predict ambulatory status in fetuses with open spina bifida. Am.J. Obstet. Gynecol. 2001;185(5):1016-1020.
16. Colombo Giorgio L, Matteo Sergio Di, Vinci Marta, Claudia Gatti. A cost-of-illness study of spina bifida in Italy. Clinico economics and outcomes research., 2013;5:309–316.
17. Januschek E., Röhrig A., Kunze S. et al. Myelomeningocele - a single institute analysis of the years 2007 to 2015. Childs Nerv Syst., 2016; 32:1281-1287.
18. Mattogno P.P., Massimi L., Tamburrini G. et al. Myelomeningocele Repair: Surgical Management Based on a 30-Year Experience.Acta Neurochir Suppl., 2017;124:143-148.
19. North T., Cheong A., Steinbok P., Radic J.A. Trends in incidence and long-term outcomes of myelomeningocele in British Columbia. Childs Nerv Syst., 2018; 34(4):717-724.
20. Tortori-Donati P., Rossi A., Cama A. Spinal dysraphism: a review of neuroradiological features with embryological correlations and proposal for a new classification. Neuroradiology, 2000;42(7): 471–491.

Жабборова Ю.Ж.

ТАЛАБАЛАРНИ КОМИЛ ИНСОН ҚИЛИБ ТАРБИЯЛАШДА МАЪНАВИЙ-АХЛОҚИЙ ТАМОЙИЛЛАР ИНТЕГРАЦИЯСИ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Жамиятимиздаги бугунги янгиланиш, ривожланиш ва тараққиёт жараёнида маънавият ва ахлоқ тушунчалари муҳим аҳамиятга эга. Шахснинг маънавий юксалиши ва жамиятнинг маънавий бойлигини сақлаш муҳим қийматга эгадир. Мустақил Ўзбекистон ўзининг буюк келажагини билимли, доно, салоҳиятли, меҳнатсевар, юксак маънавиятли, жисмонан соғлом авлодлар тимсолида кўради. Бундай талабларга жавоб бера оладиган кадрларни тайёрлаш, ёшларнинг ахлоқий даражасига масъуллик ва ҳар томонлама камол топган замон кишисини тарбиялаш давлатимизнинг устувор вазифаларидан саналади. Бунинг учун эса ёшларни қадимий ва ҳар доим замонавий бўлиб келган ахлоқни, маънавият тушунчаларини янада аниқ, изчил таништириш, янгича ёндашувлар асосидагина амалга оширса мақсадга мувофиқ бўлади. Янгича ёндашувлардан бири − замонавий комил инсон, анъанавий ахлоқий қадриятлар билан йўғрилган, ахлоқий фазилатларни ўз руҳий оламига сингдирган етук шахс бўлмоғи лозим. Тарбия хакида Абдулла Авлоний: “Тарбия биз учун ё ҳаёт — ё мамот, ё нажот — ё ҳалокат, ё саодат — ё фалокат масаласидир”, дея таъкидлаганида ҳам катта маъно мужассам.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.М.Мирзиёев “Янги Ўзбекистон стратегияси” китобида тўғри таъкидлаганидек: “Биринчи навбатда, ёшларнинг онгу-тафаккурини маърифат асосида шакллантириш ва тарбиялаш энг муҳим вазифадир. Ва бунда мамлакатимиз асрлар давомида жаҳон цивилизациясининг ажралмас қисми, умуминсоний маданият марказларидан бири бўлиб келганини акс эттирадиган илмий-тарихий ва ижтимоий-фалсафий концепцияни самарали амалга ошириш лозим ”[1].

Илм-фан, техника ва технологиянинг шиддатли ривожланиши жамият ҳаётининг барча соҳаларида янгиликлар яратиш, мавжуд назария ва ғояларни такомиллаштиришни тақозо этмоқда. Асрлар давомида жамиятда рўй бераётган ижтимоий-иқтисодий ўзгаришлар таълим – тарбия тизимига ҳам ўз таъсирини ўтказган. Шу сабабли ижтимоий, иқтисодий ва маданий соҳаларда рўй бераётган туб ўзгаришлар, янгиланишларга мувофиқ равишда таълим- тарбия мазмуни ҳам такомиллашиб бориши лозим. Мазкур талабнинг тўла қондирилишида таълим муассасаларида фаолият олиб бораётган ўқитувчи (педагог)ларнинг ижтимоий, иқтисодий ва маданий ўзгаришлар моҳиятини англай олишлари, таълим-тарбия жараёнининг уларга мос келишини таъминлашлари муҳим аҳамият касб этади. Таълим-тарбия жараёнида интеграциялашган тарбия ва таълимнинг устувор ўрин эгаллаши жамият ва таълим- тарбия ўртасида ўзаро алоқадорликни қарор топтиради.

Маънавиятнинг ахлоқий мезонлари муайян шароитларда шаклланади ва шу маънода миллий муҳит уларнинг янада ривожланишига кўмак беради, жамият аъзолари бундан ўзларига керакли фазилатларни олади. Айнан шу белгилар кишиларни бир-бирига яқинлаштиради, улардаги муштаракликни намоён этади. Маънавиятнинг ахлоқий мезонларини ахлоқ, одоб, инсонпарварлик, эзгулик, меҳр-мурувват каби инсоний фазилатлар ташкил этади. “Маънавият”луғатида унга қуйидагича изоҳ берилган:

“Маънавият(араб.маъно, маънолар мажмуаси**)** – моддий ҳаёт билан ёнма-ён юрадиган, инсон, халқ ва жамият ҳаётининг ажралмас қисми бўлган ижтимоий ҳодиса; илмий-фалсафий тушунча.Шу билан бирга ўзида жуда чуқур ва кенг қамровли маъно-мазмунни мужассам этган бу тушунчага ҳар қайси маърифатли инсон ўзининг ҳаётий қарашлари, шахсий эътиқоди, онгу тафаккури ва дунёқарашидан келиб чиққан ҳолда турлича таъриф бериши мумкин.”[2].

Жамият маънавиятини шакллантирувчи мезон ва тамойилларни қомусий олимларимиз яратган асарлар орқали ўрганамиз. Улар томонидан яратилган ахлоқий фазилатларни ўз ҳаётимизга сингдириб борамиз. Аждодларимиз

1 Мирзиёев Ш. Янги Ўзбекистон стратегияси.Т.: “Ўзбекистон” нашриёти., 2021. -Б. 302.

2 Маънавият. Асосий тушунчалар луғати.Т.: “Ўзбекистон файласуфлари миллий жамияти” нашриёти.,2021. -Б. 345.



қолдирган мерос бугунги кунда ёшларнинг мукаммал тарбия жараёнига ҳам ўз ҳиссасини қўшмоқда. Илм-у маърифат маънавий қарамликни йўқ қилувчи воситадир. У инсонга куч, билим ва юксак салоҳият бахш этади.

Ахлоқ тушунчаси жуда қадим замонлардан бери ўз долзарблигини ва аҳамиятини йўқотмаган. Ахлоқий тафаккур илк бор Қадимги Шарқда вужудга келганлиги, Шумер, Қадимги Миср, Қадимги Турон-Эрон ва Қадимги Ҳиндистонда дастлабки ахлоқий ғояларнинг пайдо бўлганлиги таъкидланади. Қадимги Юнон ва Қадимги Рим мутафаккирлари яратган ахлоқ назарияларига, Ўрта асрларда Марказий Осиё минтақасида илгари сурилган ахлоқий қарашларга, Темурийлар давридаги ахлоқ ва ахлоқий фазилатларга алоҳида эътибор берилган. Айни пайтда янги ва энг янги давр ахлоқ фалсафаси, Шарқ ва Ғарб ахлоқий назарияларининг ўзаро алоқалари ҳамда бир-бирига таъсири, оламнинг умумбашарий ахлоқий қадриятларнинг қарор топишида муҳим аҳамият касб этганлиги тўғрисидаги фикрларга, илмий хулосаларга кенг ўрин берилган. Шунингдек, Туркистон маърифатчи — жадидлари қарашлари алоҳида аҳамиятга эга ҳисобланади.

Педагогик фаолият самарадорлигини ошириш, педагогларнинг ижтимоий буюртмани бажаришга шахсан ҳисса қўшишларини таъминлашда уларнинг касбий малакаларини ошириб боришлари муҳим аҳамият касб этади. Педагогларнинг касбий малакаларини ошириш йўлида ташкил этадиган амалий ҳаракатларининг самарасини улар томонидан интеграцион фаолият малакаларининг муваффақиятли ўзлаштирилиши билан белгилаш мумкин.

Мустақиллик йилларида таълим тизимида ҳам жамият ижтимоий ҳаётининг барча соҳаларида бўлгани каби туб ислоҳотлар амалга оширилди. Ислоҳотлардан кутилган асосий натижа соҳада янгича қарашларни қарор топтириш, жаҳон стандартларига мувофиқ малакали кадрларни тайёрлаш, ўқитиш сифати, тарбия самарадорлигини юқори босқичларга кўтариш борасида юзага келган ижтимоий эҳтиёжни қондиришдан иборатдир. Одамийлик, меҳр ва муҳаббат, дўстлик ва биродарлик инсонни шарафловчи қадриятлардан бўлиб, башариятнинг доимий орзуси сифатида муҳим аҳамият касб этади. Инсоннинг ахлоқий фазилатлари Шарқ шоирларининг диққат марказида эканлигини адабиёт сўзининг замирида “адаб”сўзининг мужассамлиги билан изоҳлаш мумкин.

Мутафаккир Мир Алишер Навоийнинг буюк давлат арбоби сифатида амалга оширган инсонпарварлик ва бунёдкорлик ишлари ҳамон дунё олимларини ҳайратга солади. Айниқса, улуғ шоирнинг комил инсон ҳақидаги қарашлари доимо асосли, халқчил ва ниҳоятда теран аҳамияти билан янги илмий тадқиқотларга мавзу бўлади.

Улуғ шоир инсон жамиятга наф келтириши, бошқаларга зиён етказмаслиги, фойдали ишлари билан қадрли ва фазилатли деб ҳисоблайди. Муҳтарам Президентимиз тўғри таъкидлаганларидек, “Алишер Навоий бобомизнинг “Одамий эрсанг демагил одами, Оникким, йўқ халқ ғамидин ғами” деган сатрларида қанчалик чуқур ҳаётий ҳикмат, фалсафа бор. Яъни, бу дунёда инсонларнинг дарду ташвишларини ўйлаб яшаш – одамийликнинг энг олий мезонидир, халқнинг ғамидан узоқ бўлган инсонни одам қаторига қўшиб бўлмайди, деб таъкидламоқда улуғ бобомиз” [3][1].Баркамол инсонни тарбиялаб вояга етказиш айнан мана шу тизим асосида рўёбга чиқарилади. Шу боис таълим тизимида замонавий илм-фан, техника ва технология ривожига уйғун равишда таълим – тарбия мазмунини янгилаб бориш муҳим талаблардан биридир. Мустақилликдан сўнг ўтган вақт мобайнида ушбу талабни инобатга олиш орқали таълим-тарбия мазмунига интеграцион ғояларни сингдиришга жиддий эътибор қаратила бошланди. Бу йўналишда, яъни “интеграция” тушунчасининг моҳиятини ўрганиш, интеграцион жараёнлар мазмунини таҳлил қилиш, педагогик интеграцияларнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш, Ўзбекистон шароитида педагогик интеграцияларни яратиш учун зарур шарт-шароитларни вужудга келтириш, мавжуд педагогик интеграцияларни умумлаштириш ва оммалаштиришдан иборатдир. Ҳозирги даврда таълим- тарбия тизимида интеграцион жараёнлар жуда тезкор даражада ривожланмоқда. Таълим- тарбияни интеграциялаштириш бевосита, геополитик регионлар доирасида амалга оширилиб, бунда тарихий у ёки бу даражада ижтимоий- иқтисодий шароитлари яқин ёки ўхшаш турадиган мамлакатларнинг таълим-тарбия тизимини

3 [1] Мирзиёев Ш.М. Аждодлар фахримиз. Ёшларга донолар ўгити. Т.: Ғафур Ғулом номидаги нашриёт-матбаа ижодий уйи, 2018.Б.-13.

бирлаштирмоқда. Бугунги кунда таълим - тарбия соҳасида интеграцион жараённи амалга ошириш учун ягона ўзига хос механизм яратилган. Бу соҳада мамлакатимизда маълум натижаларга эришилган бўлиб, унинг самарасида Ўзбекистон ва Европа давлатлари учун ҳам намуна бўла оладиган энг қулай таълим тизими моделини яратишга ҳаракат қилинмоқда.Таълим- тарбияда интеграцион жараёнлар алоҳида аҳамият касб этади. Бу ахлоқий ва эстетик тарбиянинг интеграциялашган тизими муаммосини ҳам ҳал қилиш имкониятини беради. Шу ўринда савол туғилади: интеграция нима, у қандай жараён?

“Integratsiya” сўзи лотинча integratsiyon - тиклаш, тўлдириш, “integer” бутун сўзидан келиб чиққан. Интеграция ғояси инглиз олими Г. Спенсер томонидан фанга киритилган.Ривожланган давлатларда таълим мазмунини интеграциялаш борасида муҳим ва долзарб ишлар амалга оширилган. Англия, Япония, Венгрия, Финляндия каби давлатларда таълим мазмунини интеграциялашга эришилган. Шахс дунёқарашининг шаклланишида маънавий-ахлоқий тарбия ҳам муҳим ўринга эга бўлиб, уни самарали ташкил этиш талабада маънавий-ахлоқий онгни шакллантиришга ёрдам беради.

Ахлоқий тарбия муайян жамият томонидан тан олинган ва риоя қилиниши зарур бўлган ҳулқ-атвор қоидалари, мезонларини талабалар онгига сингдириш уларда ахлоқий фаолият кўникмалари ҳамда ахлоқий маданиятни шакллантиришга йўналтирилган педагогик жараён бўлиб, ижтимоий тарбиянинг муҳим таркибий қисмларидан бири саналади.

Ёшлар камолотида илмга интилиш туйғуси, тарих илмини эгаллаш истаги энг самарали тарбиявий восита ҳисобланади. Миллат маънавиятини ва миллий ўзлигини англашда, миллий ғурур ва ифтихорнинг ўсишида ҳам илмнинг аҳамияти беқиёс. Маънавий мерос инсонларнинг бир бирига бўлган ўзаро муносабатлари асосида шаклланиб, сайқалланиб боради. Миллатларнинг маърифий - маданий алоқалари қадриятларнинг авлодлардан авлодларга ўтиши ва бойиб бориши жараёнида ривожланади, халқаро миқёсга чиқади.Шунингдек, талабалар дунёқарашини шакллантиришда ҳам ахлоқий тарбия муҳим аҳамиятга эга бўлиб, уни самарали ташкил этишда онг, ҳис-туйғу ҳамда хулқ-атвор бирлигига эришиш мақсадга мувофиқдир. Зеро, улар бирлигида маълум камчиликларнинг юзага келиши ҳам талабаларнинг комил шахс бўлиб улғайишларига салбий таъсир кўрсатади. Дунёқараш табиат, жамият, инсон тафаккури ҳамда шахс фаолияти мазмунининг ривожланиб боришини белгилаб берувчи диалектик қарашлар ва эътиқодлар тизимидир. Юксак маънавий комиллик, юрт озодлиги, ободлиги ва халқ фаровонлиги йўлида фидокорона меҳнат қилиш, ўзига ва атрофдагиларга нисбатан талабчан бўлиш, ўзида иродавий сифатларни тарбиялай олиш, интилувчанлик, ташаббускорлик, ташкилотчилик, ижодкорлик ҳамда мустақил фикрлаш лаёқатига эга бўлиш каби хислатларни мустақил Ўзбекистон Республикаси ҳаётида устувор бўлган тамойиллар сифатида эътироф этиш мумкин.

Илм-фанга, таълим-тарбияга, одоб-ахлоққа эътибор туфайли ёшлар маънавиятли ва маърифатли етук инсон бўлиб етишишлари шубҳасиз. Бугунги очиқ ва ошкора, демократик ривожланиш йўлидан бораётган юртимизда ҳар бир инсоннинг ватанпарварлиги муҳимдир. Ватанпарварлик, садоқатлилик, фидойилик каби олий қадриятлар орқали ватан тараққиёти ва фаровонлиги учун ҳисса қўшиш ўсиб келаётган ёш авлоднинг инсоний бурчидир.

Адабиётлар

1. Мирзиёев Ш. Янги Ўзбекистон стратегияси. Т.: “Ўзбекистон” нашриёти., 2021:464.
2. Мирзиёев Ш. Аждодлар фахримиз. Ёшларга донолар ўгити. Т.: Ғафур Ғулом номидаги нашриёт-матбаа ижодий уйи, 2018:236.
3. Маънавият. Асосий тушунчалар луғати.Т.: “Ўзбекистон файласуфлари миллий жамияти” нашриёти., 2021:816.
4. Маҳмудов Т. Мустақиллик ва маънавият. - Т.: Ўзбекистон, 2001:186.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ		ORIGINAL ARTICLES
Юлдашева Г.И. Диагностика психо - моторных и поведенческих расстройств у недоношенных детей в раннем детском периоде	2	***Yuldasheva G.I.*** The diagnosis of psychomotor and behavioral disorders of prematures at the early childhood
Султанова Н.С. Анализ показателей метоболического статуса детей в зависимости от вида вскармливания	5	***Sultanova N.S.*** The analyses indices of children's metabolic status depending on the feeding type
Якубова Д.М. Эрта ёшдаги болаларда шифохонадан ташқари зотилжамнинг клиник кечуви	8	***Yakubova D.M.*** The clinical course of nosocomial pneumonia at little children
Хакбердиева Г.Э., Мухитдинова М.И., Азизова Р.А. Рациональная фармакотерапия внебольничной пневмонии у детей	11	***Khakberdieva G.E., Mukhitdinova M.I., Azizova R.A.*** The rational pharmacotherapy of nosocomial pneumonia at children
Юлдашева М.О., Абдуразакова З.К. Состояние микробиоценоза кишечника у детей при острых пневмониях	14	***Yuldasheva M.O., Abdurazakova Z.K.*** The state of intestinal microbiocenosis at children with acute pneumonia
Муминова Д.А. Мактабгача ёшдаги болаларда турли нозологияли такрорий кусишнинг хусусиятлари, клиник ва лаборатор параметрлари	17	***Muminova D.A.*** The characteristic, clinical and laboratory exacerbations of recurrent vomiting in various nosologies at preschool children
Курьязова Ш.М., Худайбердиева Д. Оценка показателей физического развития детей младшего школьного возраста с избыточной массой тела	23	***Kuryazova Sh.M., Khudayberdieva D.*** The indices evaluation of physical development for children with overweight in primary school
Азизова Р.А., Мухитдинова М.И., Хакбердиева Г.Э. Взаимодействие лекарственных препаратов и пищи	27	***Azizova R.A., Mukhitdinova M.I., Khakberdieva G.E.*** The drug - food collaboration
Абдуназарова Г.А., Юнусова Р.Т., Дергунова Г.Е. Особенности функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у девочек - подростков	32	***Abdunazarova G.A., Yunusova R.T., Dergunova G.E.*** The features of functional disorders for cardiovascular system at adolescent girls
Мухитдинова М.И., Хакбердиева Г.Э., Азизова Р.А. Эффективное и безопасное применение нестероидных противовоспалительных средств	35	***Mukhitdinova M.I., Khakberdieva G.E., Azizova R.A.*** The effective and safe use of non-steroid anti-inflammatory means
Турдиев Ф.Э., Ортикбоева Ш.О., Умарова У.А., Бекимбетов К.Н. Применение комплексной эхографии в диагностике кистозно-полостных образований почек у детей	39	***Turdiev F.E., Ortikboeva Sh.O., Umarova U.A., Bekimbetov K.N.*** The use of complex echography in diagnosis of cystic cavitary formations in kidneys of children
Хаитбаева Ш.Х. Нейрофизиологические особенности нейропатии седалищного нерва у детей с применением турникетной пробы	43	***Khaitbayeva Sh.Kh.*** The neurophysiological features of ischial neuropathy at children with use turniquet test
Искандарова Ж.М., Шарипова П.К. Гендерные особенности аффективных расстройств у больных параноидной шизофренией	48	***Iskandarova J.M., Sharipova P.K.*** The gender features of affective disorders at patients with paranoid schizophrenia
Халикулов Э.Ш., Шоюнусов С.И. Нейросонография как метод интраоперационной навигации при лечении многоуровневой гидроцефалии	51	***Khalikulov E.Sh., Shoyunusov S.I.*** The neurosonography as a method of intraoperative navigation at treatment of multilevel hydrocephalia
Миннулин И.П., Мирварисова Л.Т., Акбарова Д.С., Рустамова Ж.Т., Мирворисова З.Ш., Асатова Н.Б. Анализ результатов анкетирования руководителей и медицинских работников экстренной медицинской помощи	54	***Minnulin I.P., Mirvarisova L.T., Akbarova D.S., Rustamova Zh.T., Mirvorisova Z.Sh., Asatova N.B.*** The results analysis of questionnaire for managers and medical workers at emergency medical care
Мирзаева Н.А., Шойимова Ш.С., Мирзаева Ш.Р. Учебный стресс: причины и профилактика	64	***Mirzaeva N.A.,Shoimova Sh.S.,Mirzaeva Sh.R.*** The academic stress: causes and prophylaxis
Шойимова Ш.С., Мирзаева Н.А., Мирзаева Ш.Р. Ўзбекистон Республикасида таълим соҳасидаги ислоҳотлар	67	***Shoimova Sh.S., Mirzaeva N.A., Mirzaeva Sh.R.*** The reforms of educational system in the republic of Uzbekistan

Муҳаммадиев Н.Э. Узбекистонда янги маърифий жамиятни шакллантиришда тиббиёт ходимларининг китобхонлик маданиятини ривожлантиришнинг назарий ва амалий масалалари	72	***Muhammadiev N.E.*** The theoretical and practical issues of library culture for medical workers in conditions of new society formation
Муҳаммадиев Н.Э., Юсупов М.С. Саломатлик ва хасталик – жамият тиббий ҳаётининг зиддиятли атрибутларидир	76	***Muhammadiev N.E., Yusupov M.S.*** The health and disease are opposite attributes in medicine
Куйлиев Б.Т. Сиёсий психологик манипуляция технологияларининг қиёсий таҳлили	80	***Kuyliev B.T.*** The comparative analyses of tecnologies for political and psychological manipulation
Жуманова Г.И. Тиббиёт эстетикасининг баъзи бир назарий ва амалий масалалари	83	***Jumanova G.I.*** Some theoretical and practical issues of medical ethics
Хайтматова Г.А. История Узбекистана как неотъемлемое звено образовательного процесса медицинского ВУЗа.	86	***Haytmatova G.A.*** The history of uzbekistan as integral part of medical institute
Сагатова З.Б. Ўзбекистон - Туркия ўртасидаги муносабатларнинг муштараклиги ёхуд амалга оширилаётган ислоҳотлар ҳақидаги мулоҳазалар	88	***Sagatova Z.B.*** The relation associating commentary between Uzbekistan and Turkey and reforms
Тагаев М.А., Каримова М.Ж. Мустақиллик йилларида Ўзбекистонда педиатрия соҳасида кадрлар тайёрлаш тизими ва уни такомиллаштириш чора-тадбирлари	91	***Tagaev M.A., Karimova M.J.*** The system of training personnel in pediatrics area and measures on its improvement during independence years in Uzbekistan
Худайбердиев А.К. Учинчи ренессанснинг пойдевори илм - маърифат!	94	***Hudayberdiev A.K.*** The third renaissance foundation is knowledge !
Saydazimov K.T. Normativ tushunchalarning mantiqiy aspektlari	99	***Saidazimov K.T.*** The logical aspects of normative conceptions
ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ		**QUESTIONS OF TEACHING IN MEDICAL HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS**
Nabiyeva D.R. Distance education as means of life-long education	104	***Набиева Д.Р.*** Дистанционное образование как средство обучения на протяжении всей жизни
Latipova D.Sh. Improving the grammatical skills of students studying english	106	***Латыпова Д.Ш.*** Улучшение грамматических навыков студентов при изучении английского языка
Davletyarova N.I. Types of speech activity on the example of the english language	110	***Давлетярова Н.И.*** Типы речевой активности на примере обучени английскому языку
Buranova D.D. English as a discipline for future specialists in medicine: current trends and requirentmens	112	***Буранова Д.Д.*** Английский язык как дисциплина для будущих специалистов в медицине: современные тенденции и требования
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА		**EXPERIMENTAL MEDICINE**
Рашидова Д.А., Юлдашев Н.М. Защитные возможности глицина при острой гипоксии и адреналиновом поражении в эксперименте	116	***Rashidova D.A., Yuldashev N.M.*** The protective possibilities of glycine at experi-mental acute hypoxia and adrenaline damage
ОБЗОРЫ		**REVIEWS**
Курбонова З.Ч. Коронавирус инфекциясида томир – тромбоцитар гемостаз патологияси	122	***Kurbonova Z.Ch.*** The vascular and trombocytes pathology at coronavirus hemostasis
Юсупов А.С., Исмаилова М.У. Изменение показателей центральной гемодинамики при ортопедических операциях у детей	125	***Yusupov A.S., Ismailova M.U.*** The indices change of central hemodynamics in orthopedic operations in children
Ахмедиев М.М., Алиходжаева Г.А.. Ахмедиев Т.М. Миелодисплазия у детей: обзор литературы и современное представление о пороке развития	130	***Ahmediev M.M., Alihodjaeva G.A., Ahmediev T.M.*** The myelodysplasia at children: literature review and modern notions about maldevelopment
Жабборова Ю.Ж. Талабаларни комил инсон қилиб тарбиялашда маънавий-ахлоқий тамойиллар интеграцияси	134	***Jabbarova Y.J.*** The integration of spiritual and moral beginings at students upbringing as perfect people