

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯ ШАКЛЛАНИШИНИНГ ХАТАР ОМИЛЛАРИГА БОҒЛИҚЛИГИ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ТАВСИФИ

АХМЕДОВ Н.Н., ҚАЛАНДАРОВ Д.М., МАМАСОЛИЕВ Н.С., АРТИКОВА С.Г.

Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон ш. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – артериал гипотензияни (АрГ) хатар омилларига (ХО) алоқадорлиги даражасини умумий амалиёт шифокори шароитида (УАШ) ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материаллари ва усуллари. ≥15–70 ёшли 725 та аҳоли эпидемиологик текширув усуллари қўлланилиб ўрганилди ва уларда АрГ билан хатар омилларига алоқадорликлари даражалари тетрагорик коэффициент (c^2) кўрсаткичидан фойдаланиб баҳоланди.

Натижалар. УАШ фаолияти майдонида АрГ ижтимоий-тиббий ХО га боғлиқ ҳолда куйидагича тафовут билан кўпайиб аниқланади: номақбул оилавий ҳолатга боғлиқ ҳолда – 4,3% гача ($c = 6,4$), кўп болалилик туфайли – 7,2% гача ($c^2 = 13,8$, $P < 0,01$), сурункали ортиқча овқат истеъмол қилувчиларда – 5,9% гача ($c^2 = 8,5$, $P < 0,05$), ётарга ортиқча овқат истеъмол қилиш одатига боғлиқлик билан то 55,1% гача етиб ($c^2 = 41,2$, $P < 0,001$), номунтазам овқатланиш тарзига сабаб бўлиб – 40,6% гача ($c^2 = 30,6$, $P < 0,01$), гўшти овқат истеъмол қилиш устуворлигига алоқадорликда – 84,1% гача ($c^2 = 62,6$, $P < 0,001$) ва ун маҳсулотларидан тайёрланган овқатларни

устуворлиги таъсири бўлиб 23,2% гача ортади ($c^2 = 24,5$, $P < 0,01$).

АрГ келиб чиқиши кашандаликда – 15,9% гача етиб ($c^2 = 24,7$, $P < 0,01$), алкоголь туфайли – 31,9% гача ($c^2 = 28,4$, $P < 0,01$), гиперхолестеринемияда – 79,7% гача ($c^2 = 57,3$, $P < 0,001$), гипертриглицеридемияда – 72,5% гача ($c^2 = 53,9$, $P < 0,001$), ортиқча тана вазнига боғлиқ ҳолда – 13% гача ($c^2 = 21,6$, $P < 0,01$), мева-сабзавот маҳсулотлари истеъмоли камлиги устуворлигида – 73,9% гача ($c^2 = 55,8$, $P < 0,001$), рухий зўриқиш омили таъсирида – 76,8% гача ($c^2 = 58,2$, $P < 0,001$), гиподинамияда – 71,0% гача ($c^2 = 52,7$, $P < 0,001$), мультиморбидликда – 76,8% гача ($c^2 = 76,8$, $P < 0,001$), ирсий мойиликда – 8,6% гача ($c^2 = 17,5$, $P < 0,05$) ва ақлий меҳнат устуворлигида – 34,8% гача етиб ортади ($c^2 = 31,5$, $P < 0,01$).

Хулосалар. УАШ шароитида АрГ га оид фаол превентив фаолиятни мунтазам тарзда 8та объектда, 8та йўналишда ва 14та ташхисий-терапевтик амалиётни қўллаб олиб бориш тақозо этилади. Бундай тизимли ва «мўлжалли» комплекс фаол амалиёт гипотоник континуумни бартарафлаб тиббий-ижтимоий ва иқтисодий самара беради.

ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДОКУМЕНТА ДЛЯ ПОЛИКЛИНИКИ РСНПМЦК ПО СТАНДАРТУ HL7 CDA R2

БАЗАРОВ Р.К., АХМЕДОВ Д.Д., ТРИГУЛОВА Р.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель разработки экспериментального программного средства заключается в создании адекватного инструмента для медперсонала поликлиники РСЦК путем создания базы данных электронных медицинских карт (ЭМК). Целесообразным подходом выступает использование уже зарекомендовавшей себя методологии HL7 и разработка амбулаторной карты больного (АКБ) как разновидности клинического документа по стандарту CDA R2 на основе концептов и типов модели RIM. Структурированное тело документа CDA разработано как крайне гибкий механизм для включения разнообразных клинических и административных данных. Именно это делает CDA мощным в концептуальном плане, теоретически его можно использовать для кодирования всей истории болезни пациента.

Разработана структура шаблона клинического документа по стандарту HL7 CDA R2 (структура заголовка документа CDA, структура тела документа CDA). В шаблоне реализовано соответствующее оформление медицинской документации и указаны сведения о возможных рисках, вариантах, последствиях медицинского вмешательства.

На основании выборки требуемых полей для АКБ были сформированы соответствующие таблицы базы данных ЭМК, таблицы необходимых справочников и классификаторов, которые в промышленном варианте МИС могут быть подключены из внешних источников, например, из каталогов НИИСЗ. По результатам анализа деятельности врачей и среднего медицинского персонала поликлиники РСЦК очевидно, что на начальном этапе внедрения автоматизированной системы форми-

рования ЭМК (амбулаторного обслуживания) время приема может несколько увеличиться, но, привыкание к работе с системой происходит быстро. В качестве компенсации на некоторую потерю времени выступает значительное повышение информативности записи за счет автоматизированного контроля заполнения обязательных полей и применения готовых шаблонов и автоматического заполнения ряда полей, подлежащих расчету на

основании значений других полей данных, например, индекса массы тела и т.д.

Использование шаблонов документов и записей в рамках МИС качественно ставит ее на новый уровень – как интеллектуальную экспертную систему. При условии, что используемые шаблоны соответствуют принятым стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, МИС поможет врачу ориентироваться в маршрутизации пациента для уточнения диагноза и коррекции лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (регистр острого коронарного синдрома)

БАЙКУЗИЕВ У.К., МАХМУДОВ Н.И., ИБРАГИМОВ З.М.

Ферганский филиал РЦЭМП; Ферганский филиал ТМА, г. Фергана. Узбекистан

Цель. На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от 2017 г. провести сравнительный анализ осложнений у больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО), госпитализированных в терапевтическую реанимацию с ОКС.

Материал и методы исследования. Анализ данных историй болезней 365 больных, включенных в регистр ОКС ФФРНЦЭМП. Все больные госпитализированы с ОКС в отделение терапевтической реанимации. Изучаемые параметры включали нормальный и нарушенный УО, пол (мужчины – М, женщины – Ж), возникшие за период госпитализации осложнения ОКС – сердечную недостаточность, отек легких, кардиогенный шок, желудочковую тахикардию и фибрилляцию желудочков (ЖТ/ФЖ). Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 года.

Результаты. Из 365 больных, госпитализированных в отделение терапевтической реанимации ФФРНЦЭМП с ОКС, нормальный УО был у 205 (56,1%), нарушенный УО – у 115 (31,5%) человек и 45 человек, больные с сахарным диабетом 2-го типа. Учитывались возникшие за период госпитализации осложнения ОКС. Случаев тромбоэмболии легочной артерии не отмечено. Из 365 больных ЖТ/ФЖ была у 10 (2,77%) (М-5, Ж-5), из них у 5 (1,37%) (М-2, Ж-3) из 205 боль-

ных с нормальным УО и 5 (1,37%) (М-3 Ж-2) из 115 больных с нарушенным УО. Кардиогенный шок зафиксирован у 9 (2,46%) (М-5, Ж-4) больных, из них у 5 (1,37%) (М-3, Ж-2) с нормальным УО и 4 (1,09%) (М-2, Ж-2) с нарушенным УО. Отек был у 28 (7,67%) (М-7, Ж-21) больных, из них у 7 (1,92%) (М-3, Ж-4) из 203 больных с нормальным УО и у 21 (5,75%) (М-4, Ж-17) из 112 больных с нарушенным УО. Сердечная недостаточность, возникшая в период госпитализации, выявлена у 28 (7,67%) (М-12, Ж-16) больных, из них у 9 (2,46%) (М-8, Ж-1) с нормальным УО и 19 (5,2%) (М-4, Ж-15) с нарушенным УО.

Выводы. У больных с нормальным и нарушенным УО частота развития таких осложнений, как кардиогенный шок, желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков не различались, однако для обсуждения этого вопроса необходимо располагать большей выборкой пациентов. У больных с нарушенным УО частота таких осложнений, как отек легких, сердечная недостаточность составляет 5,75 и 5,2% и встречается чаще по сравнению с больными, имеющими нормальный УО, – 1,92 и 2,46% соответственно. Обращает внимание, что сердечная недостаточность и отек легких у больных с нарушенным УО встречались значимо чаще у женщин по сравнению с больными ОКС, имеющими нормальный УО.