

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ  
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 РАҚАМЛИ  
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ**

**БОБОЕВ ҚОБИЛ КАМАЛОВИЧ**

**ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИНИ  
БАХОЛАШ ВА КЎРСАТИЛАЁТГАН ДАВОЛАШ - ПРОФИЛАКТИКА  
ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ  
(ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА)**

**14.00.33 - Жамият саломатлиги. Соғлиқни сақлашда менежмент  
14.00.13 – Неврология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2023**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Content of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Бобоев Қобил Камалович**

Паркинсон касаллигининг эпидемиологик ҳолатини баҳолаш ва кўрсатилаётган даволаш-профилактик ёрдамни такомиллаштириш (Тошкент вилояти мисолида)..... 3

**Бобоев Қобил Камалович**

Оценка эпидемиологического состояния болезни Паркинсона и совершенствование лечебно-профилактической помощи (на примере Ташкентской области)..... 29

**Boboyev Kobil Kamalovich**

Assessment of the epidemiological state of Parkinson's disease and improvement of medical and preventive care (in example of Tashkent Region)..... 55

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 59

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ  
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 РАҚАМЛИ  
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ**

**БОБОЕВ ҚОБИЛ КАМАЛОВИЧ**

**ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИНИ  
БАХОЛАШ ВА КЎРСАТИЛАЁТГАН ДАВОЛАШ - ПРОФИЛАКТИКА  
ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ  
(ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА)**

**14.00.33 - Жамият саломатлиги. Соғлиқни сақлашда менежмент  
14.00.13 – Неврология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2023**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясида B2022.2.PhD/Tib1007 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент давлат стоматология институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус ва инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида ([www.tipme.uz](http://www.tipme.uz)) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбарлар:**

**Ризаев Жасур Алимджанович**

тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Раимова Малика Мухамеджановна**

тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Расмий оппонентлар:**

**Искандарова Шахноза Тулкиновна**

тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна**

тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:**

**Абу Али Ибн Сино номидаги**

**Бухоро давлат тиббиёт институти**

Диссертация ҳимояси Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 рақамли илмий кенгаш асосидаги Бир марталик Илмий кенгашнинг 2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтди. (Манзил: 100007, Тошкент, Паркент кўчаси 51- уй. Тел./факс: (+99871) 268-17-44, e-mail: [info@tipme.uz](mailto:info@tipme.uz)).

Диссертация билан Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100007, Тошкент, Паркент кўчаси 51- уй. Тел./факс: (+99871) 268-17-44, e-mail: [info@tipme.uz](mailto:info@tipme.uz)).

Диссертация автореферати 2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.  
(2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Х.А. Акилов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Н.Н. Убайдуллаева**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Д.А. Асадов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Бош мия нейродегенератив касалликларидан Паркинсон касаллиги (ПК) ёш ўтиши билан тарқалиши экспоненциал ошиб, ногиронлик даражаси оғирлашмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра «дунё аҳолиси кексайиб бормоқда ва яқин келажакда 65 ёшдан юқори шахсларнинг сони беш ёшгача бўлган болаларнинг сонидан ошиб кетиши кутилмоқда. Аҳолини демографик қариши иқтисодий муаммоларни вужудга келтириб, соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот тизимига бўлган эҳтиёжни ошишига олиб келади»<sup>1</sup>. Демографик ва эпидемиологик ўзгаришлар жадал кечаётган урбанизация, модернизация, глобаллашув ҳамда хавф омиллари ва турмуш тарзининг муносиб тарзда ўзгариб бориши туфайли аҳоли орасида, айниқса, кекса ёшдаги шахслар орасида, сурункали касалликларнинг кўпайиши маълум даражада тиббий, ижтимоий, иқтисодий, психологик ва маиший муаммоларга олиб келмоқда ва жамият саломатлигини сақлашда муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади.

Жаҳонда Паркинсон касаллигининг эпидемиологик ҳолатини ёшни ҳисобга олган ҳолда баҳолаш ва кўрсатилаётган даволаш-профилактик ёрдамни такомиллаштириш, айниқса кекса ва қария ёшидаги шахсларнинг саломатлик ҳолатини яхшилашга қаратилган кенг кўламдаги илмий тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада ПКда сурункали прогрессив дофаминергик дегенерация, қора субстанция нейронларида альфа синуклеин оқсилларининг тўпланиш омилларини баҳолаш, клиник кўринишида титроқ билан ва титроқсиз турларини баҳолаш, касаллик ривожланишида молекуляр-генетик полиморфизмнинг ролини аниқлаш, бирламчи тиббий бўғинда диагностика усуллари ва даволаш мезонларини оптималлаштириш, касалланишнинг авж олиши ва асоратларини камайтириш, бирламчи тиббий бўғинда нейродегенератив касалликлар, жумладан Паркинсон касаллигини, айниқса қариялар орасида, ташхислаш, касаллик ривожланишига таъсир этувчи омилларни аниқлаш ва касаллик прогнозини оптималлаштириш, уларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий хизматларни сифати ва самарадорлигини оширишга қаратилган чора-тадбирларни ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, замонавий бошқарув усулларини жорий қилиш орқали касалликларни эрта аниқлаш, ташхислаш, даволаш ва реабилитация қилиш ишларини такомиллаштиришни талаб қилади. «...Катта ва кекса ёшдаги фуқароларга узоқ муддатли тиббий ёрдам кўрсатишнинг замонавий моделини яратиш, уйда ижтимоий ва тиббий хизмат кўрсатиш ва бошқа қатор чора-тадбирларни назарда тутувчи геронтологик ёрдам сифати ва қулайлигини ошириш»<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Ушбу

<sup>1</sup>ЖССТнинг 2014 йилдаги «Саломатлик – 2020 – XXI аср учун Европа сиёсати асослари ва стратегияси.

<sup>2</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони.

вазифаларни амалга оширишда кекса ва қария ёшидаги шахсларнинг саломатлик ҳолати, касалланиши, турмуш тарзи ва ҳаёт сифатини комплекс тарзда чуқур ўрганиш, уларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий хизматларни сифати ва самарадорлигини оширишга қаратилган чора-тадбирларни ишлаб чиқиш каби йўналишларда илмий тадқиқотлар кўламини кенгайтириш мақсадга мувофиқ.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида», 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сонли «Тиббий профилактика ишлари қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида», ҳамда 2018-йил 30-августдаги ПҚ–3925-сон «Аҳолига неврологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технология ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Сўнгги йилларда паркинсонизмнинг клиникаси, диагностикаси, унинг турли формаларида ташхислаш ва даволашга қаратилган илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Паркинсон касаллигининг тарқалганлиги, эпидемиологияси, касалликка чалинган шахсларга тиббий ёрдам кўрсатишни такомиллаштирилган (Похабов Д.В. (2008), Катюнина Е.А. (2010), О.С.Калашникова (2011), О.В.Кривонос (2013), Радорская В.В. (2013), Д.К.Сичинава (2017)). Чупина Л.П. (2014) Паркинсон касаллигида ривожланадиган мотор ва номотор бузилишларнинг касалликнинг босқичига боғлиқ ҳолда 3 йиллик проспектив изланиш асосида касалликнинг тез кечишига таъсир этадиган предикторлари аниқлаган. Паркинсон касаллиги билан боғлиқ постурал деформациялар реабилитацияси давомида клиник, функционал, психологик кўрсаткичлар ҳамда ҳаёт сифати динамикаси аниқланди (Фурсова И.В., 2021).

Х.М. Халимова, М.М. Раимова, Р.Ж. Матмуродов, Мансурова Н.А., Э.И. Абдукодировларнинг республикамизда бу муаммони ўрганишда ҳиссаси катта. Р.Ж. Матмуродовнинг илмий изланишларида (2017) Паркинсон касаллиги учун ташхислаш маркери ҳисобланиб беморлар қон таркибидаги нейронларга махсус бўлган S100B оксигени ўрганилиб, унинг миқдори касалликнинг клиник шакллари ва босқичига боғлиқлиги аниқланган. Шунингдек, S100B оксиген даражаси беморлар ёшига ва касаллик давомийлигига боғлиқлиги топилган. Раимова М.М. (2017) ўзбек миллатига мансуб бўлган инсонларда Паркинсон касаллиги ривожланишида молекуляр-

генетик полиморфизмнинг ролини аниқлаган, Паркинсон касаллиги ва васкуляр паркинсонизмнинг клиник ва дифференциал-диагностик хусусиятларини очиб берган. Мансурова Н.А. (2020) илмий изланишларида Паркинсон касаллигининг патогенезида витамин Д роли ўрганилган ҳамда ўзбек ва япон миллатларига мансуб бўлган инсонларда клиник ва биокимёвий хусусиятларини қиёсий таҳлил ўтказилган. Э.И. Абдукодиров (2022) Паркинсон касаллигини ташхислашда эрта предикторларни (номотор белгилар ва биёкимёвий нейротрофик факторлар) ахамиятини аниқлаган.

Ҳозирги замонавий ижтимоий-иқтисодий шароитларда Паркинсон касаллиги билан касалланиш, ногиронлик, касалликка чалинган беморларнинг саломатлик ҳолатини, уларнинг турмуш шароити, тарзи ва ҳаёт сифатини эътиборга олган ҳолда турли ёш-жинс гуруҳларида ҳамда уларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий ёрдамни уларнинг ижтимоий тоифалари бўйича комплекс тарзда интеграллашган ҳолда ўрганилиши лозим ҳамда уларнинг саломатлигини яхшилаш ва уларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий ёрдамни такомиллаштиришга қаратилган кенг қамровли илмий асосланган чора-тадбирлар ишлаб чиқишга бағишланган илмий тадқиқотларни амалга оширишга аҳамият бериш керак.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат стоматология институти илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ 011900252-сон «Паркинсон касаллигининг эпидемиологик ҳолатини баҳолаш ҳамда даволаш-профилактик ёрдамни муқобиллаштириш» мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлар режаси доирасида бажарилган(2019-2021 йй.).

**Тадқиқотнинг мақсади** Паркинсон касаллигининг эпидемиологик кўрсаткичларини баҳолаш орқали беморларга кўрсатилаётган тиббий ёрдамни такомиллаштириш бўйича таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

#### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

Тошкент вилояти мисолида аҳолининг турли жинс ва ижтимоий гуруҳларида Паркинсон касаллиги билан касалланиш динамикасини ҳамда касалликнинг оғирлик даражаси ва тузилишини таҳлил қилиш;

Паркинсон касаллиги билан хасталанган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш ва унинг даражасига таъсир қилувчи асосий омилларни аниқлаш;

Паркинсон касаллигида ногиронликнинг учраш частотаси, даражаси ва сабабларини аниқлаш;

Паркинсон касаллиги билан касалланган беморларга соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини даражасида кўрсатилаётган диагностик ва терапевтик ёрдам ҳажми ҳамда сифатини баҳолаш;

Паркинсон касаллиги билан касалланган беморларга тиббий-ижтимоий ёрдамни такомиллаштириш бўйича илмий асосланган тавсиялар ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти.** Тошкент вилоятининг шаҳар ва туманларида Паркинсон касаллиги билан касалланиш, ногиронлик бўйича статистик маълумотлар; 200 нафар Паркинсон касаллиги билан касалланган беморлар (ҳодиса гуруҳи) ва 200 нафар аналогик шароитда истиқомат қиладиган, лекин

Паркинсон касаллиги билан касалланмаган шахслар (назорат гуруҳи); БТСЁ муассасалари, марказий поликлиникалар ҳамда стационар шароитида даволанган Паркинсон касаллиги билан касалланган беморлар (жами 100 нафар) олинган.

**Тадқиқотнинг предметини.** Паркинсон касаллигига чалинган беморларнинг ижтимоий-демографик хусусиятлари, касалланиши, ногиронлиги, турмуш тарзи ва тиббий фаоллиги, ҳамда уларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий ёрдамнинг ташкил этилганлиги ҳақида тахлилий маълумотлар, тест натижалари, сўровномалар ва тиббий-ташкилий фаолияти натижалари ташкил этади.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотни бажаришда клиник-неврологик, кўп босқичли тасодифий танлов усули (кластер, стратификация), эпидемиологик, клиник, ижтимоий-гигиеник, социологик ва статистик усуллари қўлланилди.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

Паркинсон касаллигининг эркакларда аёлларга нисбатан аралаш шакли (титроқ ва акинетик-ригид) нейротоксинлар таъсирида ривожланган дофаминергик ва холинергик дисфункция хисобига кенг тарқалиши ва авж олишига сабаб бўлиши аниқланган;

илк бор Паркинсон касаллигининг келиб чиқишида аҳамиятли омиллар учраш хавфи даражасига кўра (ирсий мойиллик-4,7; қишлоқ хўжалиги ва саноат корхоналари билан боғлиқ меҳнат-3,5; беморларнинг кониқарсиз яшаш шароитлари-2,6; оилада қониқарсиз рухий ҳолат-2,5) комплекс баҳоловчи икки майдонли прогностик баллик тизим орқали аниқланган;

Паркинсон касаллигининг аралаш турида барча мотор симптомлар ва номотор симптомлардан вегетатив бузилишлар ҳаракат чекланиши билан кўп кузатилиши сабабли эркакларда ногиронлик даражаси юқорилиги аниқланган;

соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи тиббий бўғин муассасаларида беморларга кўрсатилаётган ташхислаш-даволаш-профилактик ёрдамни беморга боғлиқ бўлган ва бўлмаган омилларни камайтиришга йўналтирилган тиббий ёрдам кўрсатиш ҳаракат чизмаси (маршрутизация) касалликни бошланғич ва кечки босқичларига кўра такомиллаштирилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

Паркинсон касаллигининг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасига қаратилган, босқичма-босқич амалга ошириладиган, комплекс тизимли ёндошув дастури ишлаб чиқилган;

Паркинсон касаллигини камайтириш, барвақт аниқлаш, диспансер назоратига олиш, индивидуал дифференциялашган, гуруҳли чоратадбирларни амалга ошириш, ижтимоий-гигиеник омилларнинг ролини баҳолаш имконини берувчи прогностик жадвал ишлаб чиқилган;

Паркинсон касаллигининг келиб чиқишида аҳамиятли омилларни аниқлаш ва уларни камайтириш мақсадида уч поғонали тизим ишлаб чиқилган;

БТСЁ муассасалари умумий амалиёт врачлари фаолиятида Паркинсон касаллигининг шаклланишига таъсир этувчи хавф омиллари даражасини комплекс баҳолашга қаратилган аҳоли хавф гуруҳини аниқлаш, уларнинг

хавф даражасига кўра индивидуал, дифференциаллашган даволаш профилактик чора-тадбирлар ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончилиги** ишда қўлланилган ёндашув ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган натижалари билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, ўрганилган тиббиёт ходимлари сонининг етарли эканлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий маълумотлар билан таққосланганлиги билан асосланган, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижалар ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлангани билан асосланади.

#### **Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган натижалар, хулосалар ва таклифлар Паркинсон касаллигига чалинган шахсларнинг саломатлигини мустаҳкамлашда, ушбу касаллик оқибатида ривожланадиган ногиронликни олдини олиш ва ногиронликни чуқурлашишини пасайтиришда муҳим аҳамият касб этиши ва беморларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий ёрдамнинг такомиллашишига катта ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти Паркинсон касаллигига чалинган шахслар ижтимоий тоифаларини, касалланишларининг ёш-жинс хусусиятларини ҳамда уларнинг ижтимоий-демографик характеристикаларини эътиборга олган ҳолда ишлаб чиқилган тавсиялар ва аҳоли контингенти орасида хавф гуруҳларини аниқлаган ҳолда саломатлик ҳолатини баҳолашга ҳамда уни мустаҳкамлашга йўналтирилган индивидуал даволаш-соғломлаштириш чора-тадбирларини ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Паркинсон касаллигининг клиник-эпидемиологик хусусиятлари, турмуш шароити, турмуш тарзи ва тиббий фаоллиги, хавф омиллари, касалликнинг тиббий, ижтимоий иқтисодий самарадорлигини ўрганиш бўйича олинган тадқиқот натижалари асосида:

Паркинсон касаллигининг эрта ва кечки боскичларидаги клиник белгилар ва уларни даволаш аспектларини аниқлаш бўйича олиб борилган тадқиқот илмий натижалари асосида ишлаб чиқилган «Паркинсон касаллигининг эрта ва кечки боскичларидаги клиник белгилар ва уларни даволаш аспекти» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 9 ноябрдаги 8н-з/420-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома беморлар турмуш тарзи ва шароитини баҳолаш, етакчи хавф омилларни аниқлаш ва улар асосида прогностик жадваллар ишлаб чиқиш, ҳамда индивидуал дифференциаллашган даволаш-соғломлаштириш чора-тадбирларини амалга ошириш имконини берган;

Паркинсон касаллигида ташхислашни оптималлаштириш ва ногиронлик факторлари тахлили бўйича олиб борилган тадқиқот илмий натижалари асосида ишлаб чиқилган «Паркинсон касаллигида ташхислашни оптималлаштириш ва ногиронлик факторлари тахлили» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 20 апрелдаги 8н-р/336-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома Паркинсон касаллигидан

касалланиш ва ногиронлик натижасида келиб чиқадиган иқтисодий зарарни хисоблаш, ишлаб чиқилган чора тадбирларни амалга оширишда ушбу зарарни камайтириш, ҳамда беморларга индивидуал дифференциаллашган даволаш-соғломлаштириш чора-тадбирларини ўтказиш йўли билан уларнинг ҳаёт сифатини ва ўз-ўзига хизмат кўрсатишини яхшилаш имконини берган;

Паркинсон касаллигига чалинган беморлар ва уларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий ёрдамни такомиллаштиришга қаратилган тизимли тадқиқот таҳлили бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш тизимига, жумладан, Самарқанд давлат тиббиёт университети 1-клиникасининг неврология бўлими, Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг тиббий реабилитация бўлими, Тошкент шаҳар 5-сон клиник шифохонаси неврология бўлими амалиётига жорий қилинган (Тошкент давлат стоматология институтининг 2023 йил 21 февралдаги 04-295 маълумотномаси). Олинган илмий натижалар тиббий-ижтимоий муассасаларнинг тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорлигини ошириш, касалликка чалинган шахсларнинг саломатлигини ва уларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ҳамда кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий ёрдамдан қониқиш ҳиссини ошириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Ушбу тадқиқот натижалари бта илмий-амалий анжуман, жумладан, 2 та халқаро ва 4 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 20 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижасини чоп этиш тавсия этилган нашрларда 11 та мақола, жумладан, 9 таси Республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертация тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, 5 та боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил қилади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида муаммонинг долзарблиги ва олиб борилган илмий тадқиқотларнинг зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади, вазифалари белгиланган, объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқот Республикада амалга оширилаётган фан ва технологиялар тараққиётининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларни илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, ишларнинг апробация натижалари, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Паркинсон касаллиги муаммоси, унинг эпидемиологияси ва клиникасига замонавий ёндашувлар (адабиётлар шарҳи)**» деб номланган биринчи бобида мавзу бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижалари, хорижий ва маҳаллий адабиётлар таҳлили батафсил

ёритилган. Тадқиқот мақсадидан келиб чиққан ҳолда Паркинсонизм муаммоси турли давлатларда тарқалганлиги, этиологик омиллари, Паркинсон касаллигининг билан касалланган шахслар, уларнинг касалланиши, турмуш тарзи ва ҳаёт сифати, ҳамда уларга тиббий-ижтимоий ёрдамни ташкил этишнинг долзарб масалалари таҳлил қилинган ва ҳозирги кунда Паркинсон касаллиги билан касалланган шахслар саломатлик ҳолати ва уларга кўрсатилаётган тиббий- ижтимоий ёрдамнинг сифати ва самарадорлигини ўрганиш бўйича мукамалроқ тизимли тадқиқотларни олиб бориш долзарб вазифа эканлиги кўрсатиб берилган.

Диссертациянинг «Тадқиқот материаллари ва усуллари» деб номланган иккинчи бобида, Паркинсон касаллигининг Тошкент вилоятида тарқалганлиги, тузилиши ва даражаси, клиник турлари ва касаллик ривожланишининг хавф омиллари, беморларнинг турмуш шароити, турмуш тарзи ва ҳаёт сифатини, уларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий хизмат ҳолатини ўрганишда қўлланилган тадқиқот усуллари хусусиятлари келтирилган.

Тадқиқот мақсади ва унда белгиланган вазифаларни амалга ошириш учун кўп поғоналик тасодифий танлов усули қўлланилган. Тадқиқотнинг эпидемиологик босқичида (2015-2018 йй) Тошкент вилоятининг шаҳар ва туманларида Паркинсон касаллигининг тарқалганлиги, ногиронлик ҳолатлари ёппасига ретро-проспектив кузатув усули орқали ўрганилди.

#### 1 жадвал

#### Тошкент вилоятининг шаҳар ва туманларида Паркинсон касалли билан касалланганлар сони (абсолют қийматларда)

	Шаҳар ва туманлар	2015	2016	2017	2018	Жами	Ўртача 4 йилда
1	Бекобод ш-р	23	24	24	24	95	23,75±0,5
2	Олмалиқ	29	30	30	30	119	29,75±0,5
3	Ангрен	54	56	56	56	222	55,5±1,0
4	Чирчиқ	39	42	45	53	179	44,75±6,02
5	Оққўрғон	16	17	19	25	77	19,25±4,03
6	Оҳангарон	15	17	16	15	63	15,75±0,95
7	Бекобод р-н	23	24	24	24	95	23,75±0,5
8	Бука	20	23	24	27	94	23,5±2,03
9	Бўстонлик	15	17	17	17	66	16,5±1,0
10	Зангиота	74	76	76	75	301	75,25±0,95
11	Қибрай	50	51	49	49	199	49,75±0,95
12	Қуйичирчиқ	5	7	10	11	33	8,25±2,03
13	Паркент	18	20	20	20	78	19,5±0,95
14	Пскент	11	14	17	20	62	15,5±3
15	Ўртачирчиқ	41	43	43	43	170	42,5±0,95
16	Чиноз	22	24	24	24	94	23,5±0,95
17	Юқоричир-қ	21	20	27	30	98	24,5±3,0
18	Янгийўл	24	26	26	26	102	25,5±0,95
	Жами	500	531	547	563	2147	535,25±26,9

Интенсив ва стандартлаштирилган кўрсаткичлар жинс ва ёш таркибига кўра ҳисобланди. Бунда ЖССТ тавсия этган ёшга оид интервалдан фойдаланилди: 18 ёшгача, 18-44, 45-59, 60-74, 75 ва юқори ёшдагилар. Паркинсон касаллигининг илк белгилари, пайдо бўлиш вақти, беморнинг даволаш профилактика муассасасига (ДПМ) мурожаат қилган вақти, биринчи марта Паркинсон касаллиги ташҳиси қўйилган вақти, беморнинг ДПМ да даволаниш давомийлиги, қандай дори воситаларни қабул қилганлиги тўғрисидаги маълумотлар беморларнинг амбулатор картасидан (025/-ш) ўрганилди.

Паркинсон касаллигида кузатиладиган белгилар, унинг клиник тури ва касаллик дебют вақти каби маълумотларни ўрганиш учун 200 та беморни чуқур клиник - неврологик текширувлардан ўтказилди. Бунинг учун Зангиота, Пскент, Бўстонлик ва Олмалик туманларида 50 тадан Паркинсон касаллиги билан оғриган беморда касалликнинг ривожланиш тарихи, клиник белгилари, кечишини, шунингдек касалликка олиб келувчи хавф омилларини батафсил ўрганиб чиқилди. Тадқиқотга қон-томир паркинсонизми билан оғриган, шунингдек бошқа сурункали оғир касалликлар билан касалланган беморлар жалб қилинмади.

Касалликни келтириб чиқарувчи ва унинг шаклланишига сабаб бўлувчи хавф омиллари далилларга асосланган тиббиёт фанининг “ҳодиса- назорат” усулини қўллаш орқали ўрганилди. Касалликнинг келиб чиқишига сабаб бўлувчи хавф омилларининг характери ва бир-бири орасидаги мавқеини аниқлаш учун уларни маълум омиллар гуруҳига бўлиб ўргандик: биологик омиллар, ижтимоий ҳолат, маълумот ва меҳнат фаолияти билан боғлиқ омиллар, уй шароити, овқатланиш, дам олиш, жисмоний фаоллик билан боғлиқ омиллар, зарарли одатлар ва оиладаги ўзаро муносабатлар.

Беморларнинг турмуш тарзи, турмуш сифати ва касалликни келтириб чиқарувчи хавф омилларини ўрганиш учун ҳар тумандан тасодиқий танлаш йўли билан жами 200 нафар Паркинсон касаллиги билан касалланган беморлар (ҳодиса гуруҳи) ва 200 нафар аналогик шароитда истиқомат қиладиган, лекин Паркинсон касаллиги билан касалланмаган (назорат гуруҳидаги) шахслар жалб қилинди. Социологик тадқиқотга киритилган беморлар жами Тошкент вилоятида қайд этилган (2015-2018 йилларда) ўртача беморлар сонининг (2147) 9,3%ни ташкил этди. Социологик тадқиқотга жалб қилинган беморлар, аҳолининг яшаш шароити, ижтимоий ва экологик омилларни инобатга олган ҳолда Тошкент вилоятининг Зангиота, Пскент, Бўстонлик ва Олмалик туманларида “страта” усулида ажратиб олинди.

Маълумотларни статистик таҳлил қилишда нисбий ва ўртача қийматлар аниқланди, нисбий ва ўртача қийматлар хатоликлари топилди. Танланган мажмуа хусусиятларини таққослашда фарқлар ишончилигини баҳолашда t-Стюдент критерияси қўлланилди. Корреляцион алоқаларнинг боғлиқлик кўрсаткичларини ўзаро алоқадорлигини ўрганишда жуфтлик корреляцияси, мослик кўрсаткичи, мувофиқлаштирилган интенсив кўрсаткич (N), нисбий хавф кўрсаткичи (R), истиқболлик коэффициенти (X), меъёрий катталиқ (M) ҳисобланди.

Шундай қилиб, қўлланилган комплекс тадқиқот усули беморларнинг

саломатлик ҳолати, турмуш шароити, турмуш тарзи ва ҳаёт сифатини ҳамда уларга ташкил этилаётган тиббий-ижтимоий ёрдамнинг ҳолатини ва қарияларнинг ундан қониққанлик даражасини ўрганиш учун етарли даражада имкон берди.

Диссертациянинг «**Паркинсон касаллигининг динамикаси ва тарқалганлигининг ўзига хос хусусиятлари**» деб номланган учинчи бобида Тошкент вилоятида аҳоли орасида Паркинсон касаллиги тарқалганлиги, тузилиши ва даражаси, ҳамда ПК билан оғриган беморларнинг анамнестик ва клиник неврологик маълумотлар таҳлили келтирилган.

Сўнгги йилларда Тошкент вилоятида касалланиш кескин суратлар билан ошиб бориши қайд этилди. 2015 йилда касалланиш кўрсаткичи 100000 аҳолига умумий касалланиш 24,7ни, бирламчи касалланиш 1,5ни; 2016 йилда мос равишда 25,9 ва 1,8ни, 2017 йилда мос равишда 26,6 ва 2,1, ҳамда 2018 йилда 27,1 ва 2,3ни ташкил қилди. Паркинсон касаллигидан аҳолининг касалланиш динамикаси 2018 йилда 2015 йилга нисбатан 10,2% га ошганлиги аниқланди. (2 жадвал)

## 2 жадвал

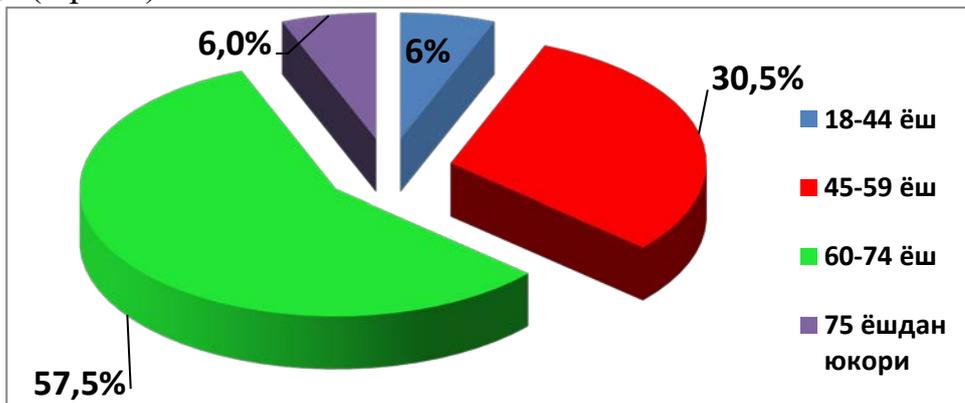
### Тошкент вилояти аҳолисининг 2015-2018 йилларда Паркинсон касаллигидан бирламчи ва умумий касалланиш кўрсаткичлари

Кўрсаткич	2015 й	2016 й	2017 й	2018 й
18 ёш ва ундан катта аҳоли сони	2 025 765	2 041 012	2 056 102	2 073 024
Қайд қилинган беморлар сони	500	531	547	563
Умумий касалланиш кўрсаткичи (мазкур ёшдаги 100000 аҳолига)	24,7	25,9	26,6	27,2
Биринчи марта аниқланган беморлар	32	38	43	48
Бирламчи касалланиш кўрсаткичи (мазкур ёшдаги 100000 аҳолига)	1,5	1,8	2,1	2,3

Тошкент вилоятининг шаҳар ва туманларида Паркинсон касаллигининг тарқалганлигини таҳлил қилганда касалланиш шаҳар ва туманларида бир хилда тарқалмаганлиги қайд этилди. Жумладан, вилоятнинг Чирчиқ (43,8±0,70), Ангрен (42,7±0,73), Бекобод (38,1±0,89), Олмалиқ (33,1±0,53) каби шаҳарларида касалланиш кўрсаткичи вилоят кўрсаткичига қараганда қарийб икки баробар юқори, ва касалланиш кўрсаткичи динамикада 2015 - 2018 йилларда Чирчиқ ва Бекобод шаҳрида ортиб бораётганлиги қайд этилган. Тошкент вилояти шаҳарларида Паркинсон касаллигидан аҳолининг касалланиш кўрсаткичининг юқорилиги касалликни ўз вақтида аниқлаш, ташхис қўйиш ва уларни рўйхатга олиш каби ишларни тўғри йўлга қўйилганлиги билан ҳам боғлиқ. Бироқ, бу маълумотлар статистик жиҳатдан ишончли эмас. Паркинсон касаллигини аҳоли орасида тарқалганлиги тўғрисидаги аниқ ва тўлиқ маълумотларни олиш Паркинсон касаллигига

шубха қилинган ҳар бир беморни чуқур тиббий кўриқдан ўтказиш, ташхисни, унинг клиник турини клиник инструментал текширувлар асосида тасдиқланиши лозим. Бу кейинчалик беморларни даволаш, профилактика ишларини тўғри ва асосли режалаштириш ва олиб боришга ёрдам беради.

Паркинсон касаллигидан касалланишни ёш таркибига кўра таҳлил қилганимизда, 18-30 ёшдагилар орасида 1,3%, 30-50 ёшдагилар орасида – 34,5%, 50 ёш ва ундан юқори ёшдагилар орасида эса 64,1% ни ташкил қилмоқда (1 расм).



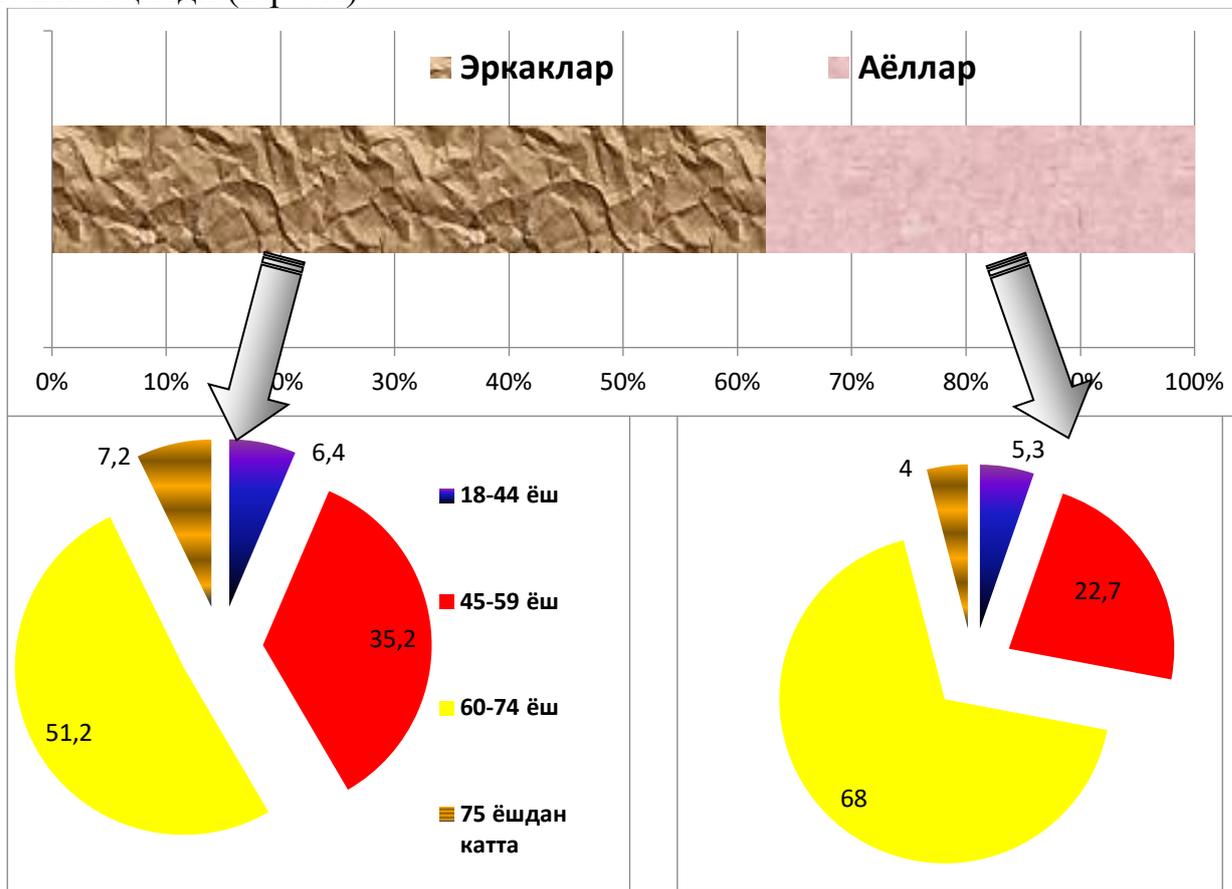
**1-расм. Паркинсон касаллигининг аҳоли орасида ёш таркибига кўра тақсимланиши**

Касалликнинг энг кўп қисми асосан 59 ёшдан ошганлар хиссасига тўғри келади, бу бошқа тадқиқотчилар олган натижаларга мос келади: Паркинсон касаллигидан касалланиш айнан катта ёшли аҳолига хосдир. Бироқ шуни алоҳида такидлаш керакки, Тошкент вилояти соғлиқни сақлаш бошқармаси томонидан олинган маълумотларга кўра, Паркинсон касаллигидан касалланиш вилоятда 30-50 ёшли аҳоли орасида ҳам кенг тарқалганлигини кўриш мумкин (30,7%), хорижий адабиётларда келтирилишича касалликнинг асосий улуши 65 ва ундан катта ёшдаги аҳолига тўғри келади.

Бирламчи кўриқ вақтида касалликнинг ўртача давомийлиги эркаклар ва аёллар ўртасида бироз фарқланди, жумладан 72,0% эркаларда касалликнинг ўртача давомийлиги 1 йилдан 5 йилгача бўлган ораликни ташкил қилган бўлса, 40,0% аёлларда эса 6 йилдан 10 йилгача бўлган ораликни ташкил қилди. Бундан кўриниб турибдики, эркаларда касалликнинг ўртача давомийлиги аёлларникига қараганда қарийб 2 баробарга қисқароқ экан. Касалликнинг ривожланишига тўғри бўлувчи омиллар таҳлил қилинганда 73,0% беморлар анамнезида руҳий шикастланишлар (психотравмалар) борлиги, шунингдек эркаларда кўрсаткич аёлларга нисбатан юқори эканлиги (мос равишда 74,4% ва 70,6%) аниқланди.

Касалликнинг жинслар орасида тарқалганлик даражасини таҳлил қилганимизда вилоятда Паркинсон касаллигидан касалланиш эркаларда аёлларга нисбатан юқори эканлиги аниқланди. Бу ҳолат вилоятда 1,5:1,0 нисбатни ташкил қилмоқда. Тошкент вилоятида Паркинсон касаллигига чалинган беморлар орасида ҳам умуман олганда эркалар аёлларга нисбатан кўпчилиқни ташкил қилади, бироқ ёш катталашган сари касалланиш даражаси аёлларда ҳам ошиб боради.

Тадқиқотга жалб қилинган беморларнинг 62,5%ни (125 та) эркаклар ва 37,5%ни (75 та) аёлларни, жумладан уларни ёш бўйича таҳлил қилганда, эркаклар гуруҳидаги 18-44 ёшдаги беморлар 6,4%ни (8 та), 45-59 ёш 35,2%ни (44 та), 60-74 ёшдагилар 51,2%ни (64 та), 74 ёшдан катта беморлар 7,2%ни (9 та), аёллар гуруҳидаги 18-44 ёшдаги беморлар 5,3%ни (4 та), 45-59 ёш 22,7%ни (17 та), 60-74 ёшдагилар 68%ни (51 та), 75 ёшдан катта беморлар 4%ни (3 та) ташкил қилди (2-расм).

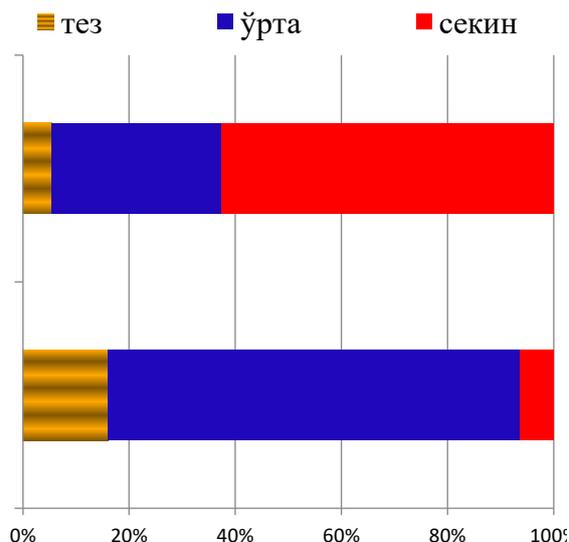
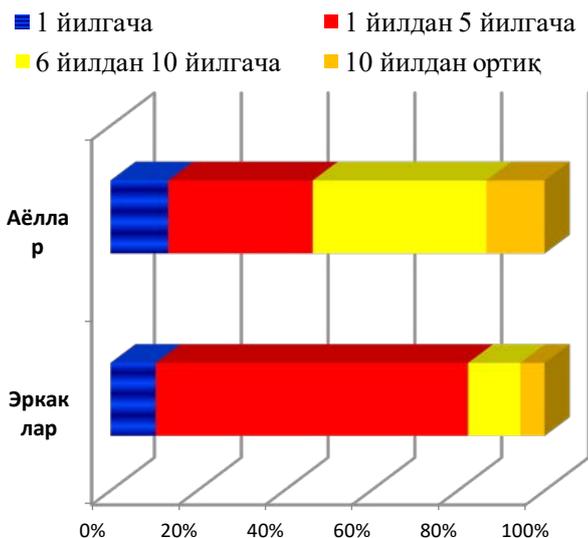


**2-расм. Тадқиқотга жалб қилинган беморларнинг ёш ва жинс бўйича тақсимланиши (%)**

Бирламчи кўрик вақтида касалликнинг ўртача давомийлиги эркаклар ва аёллар ўртасида бироз фарқланди, жумладан 72,0% эркакларда касалликнинг ўртача давомийлиги 1 йилдан 5 йилгача бўлган ораликни ташкил қилган бўлса, 40,0% аёлларда эса 6 йилдан 10 йилгача бўлган ораликни ташкил қилди. Бундан кўриниб турибдики, эркакларда касалликнинг ўртача давомийлиги аёлларникига қараганда қарийб 2 баробарга қисқароқ экан.

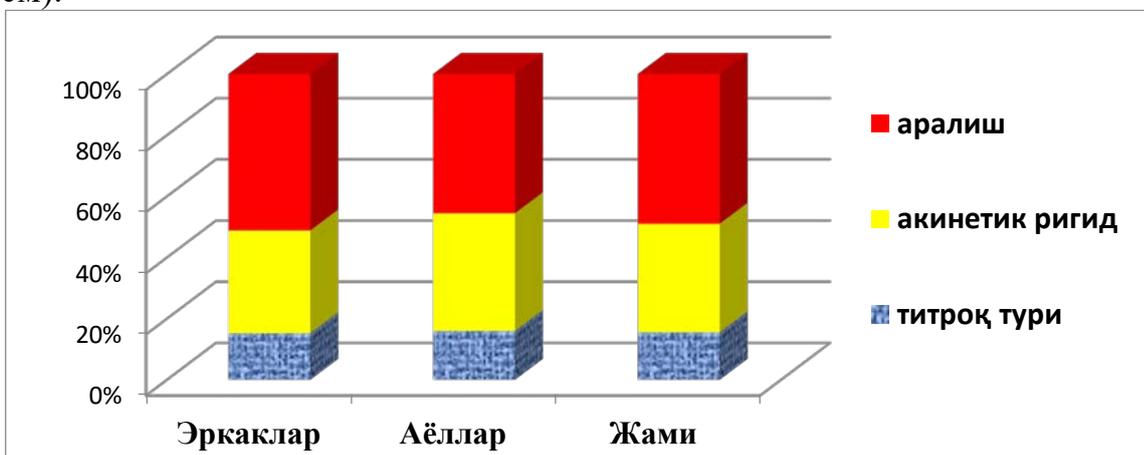
Касалликнинг ривожланиш (зўрайиш) тезлигига кўра таҳлил қилинганда, 77,6% эркакларда ўртача тезликда ривожланиш характериغا эга бўлса, аёлларда у секин ривожланиш (62,6%) характериغا эга эканлиги қайд этилди (3-расм).

Беморларнинг кундалик фаоллик кўрсаткичи (UPDRS II-қисм ва Шваб и Ингланд шкаласига кўра) Паркинсон касаллиги билан оғриган эркакларда аёлларга нисбатан аниқроқ пасайишини кўрсатди (мос равишда  $14,2 \pm 3,1$  ва  $19,2 \pm 3,9$ ), бу эркакларда чуқур неврологик бузилишлар аниқланиши ва борлигидан далолат беради.



Касалликнинг давомийлиги Касалликнинг ривожланиш тезлиги  
**3-расм. ПКнинг давомийлиги ва ривожланиш тезлигига қараб беморларнинг тақсимланиши**

Касалликнинг учраш формаси бўйича таҳлил қилинганда, беморларда касалликнинг аралаш формаси 49,0%ни (98 та) ташкил қилиб, устунлик қилди, 71 та беморда (35,5%) эса акинетик - ригид формаси ва 31 та (31,5%) беморда титроқ формаси қайд этилди. Эркакларда касалликнинг аралаш формаси 51,2%, акинетик ригид тури 33,6% ва титроқ тури 15,2%ни ташкил қилган бўлса, аёлларда мос равишда 45,7; 38,6 ва 16,0% га тенглиги аниқланди (4-расм).



Изоҳ: Эркаклар ва аёллар ўртасидаги фарқ ишончлилиги  $p < 0,05$ га тенг

**4-расм. Беморлар касалликнинг турига қараб жинс бўйича тақсимланиши**

Паркинсон касаллиги билан касалланган беморларда касалликнинг оғирлик даражасини баҳолаш учун Hoehn ва Yahr шкаласидан фойдаландик. Унга кўра, Паркинсон касаллиги билан касалланган беморларда касалликнинг II - оғирлик даражаси (43,5%) устунлик қилди. I – оғирлик даражадаги беморлар 26,5% ни, III- даражадаги беморлар 21,5%ни ва IV– 8,5%ни ташкил қилди.

Касалликнинг оғирлик даражасини жинсга боғлиқлигини таҳлил

қилганда, эркакларда II ва III - даражаси (мос равишда 47,2 ва 24,8%) етакчилик қилган бўлса, аёлларда эса I ва II - оғирлик даражаси (мос равишда 34,6 ва 37,4%) устунлик қилди. Эркакларда касалликнинг ривожланиш даражаси, давомийлиги, ҳамда оғирлик даражасининг аёллардан бундай фарқланишини эркакларда нигростриал йўллارнинг дегенерацияси тезроқ кечиши билан ифодалаш мумкин, бу эса уз навбатида эркакларда ташки мухит нокуя таъсири аёлларга нисбатан купроклиги билан изохлаш мумкин.

ПК билан оғриган беморларда асосий симптомлардан бири бу ҳаракат (мотор) бузилишлардир. Биз тадқиқотга жалб қилинган беморларда ҳаракат бузилишлари, жумладан тинч ҳолатда тремор, гипомимия, нутқ ва постурал бузилишлар, псевдобульбар синдром, рефлекслар ассимметрияси, патологик рефлекслар, мияча бузилишлари кабиларни эркаклар ва аёлларда учраш даражасини таҳлил қилдик (3-жадвал).

### 3-жадвал

#### Паркинсон касаллигида беморларда ҳаракат (мотор) бузилишлари даражаси

Белги (симптом)	Жами беморлар		Эркаклар		Аёллар	
	n=200 абс.	M±m %	n=125 абс.	M±m %	n=75 абс.	M±m %
Тинч ҳолатда тремор	181	90,5±2,9	116	92,8±2,3	71	94,6±1,5
Гипомимия	131	65,5±3,3	97	77,6±3,7	34	45,3±3,5
Нутқнинг бузилиши	102	51,0±3,5	74	59,2±4,3	28	37,3±3,4
Постурал бузилишлар	85	42,5±3,4	67	53,6±4,4	17	22,6±2,9
Псевдобульбар синдром	21	10,5±2,1	12	9,6±2,6	9	12,0±2,2
Чуқур рефлекслар ассимметрияси	25	12,5±2,3	13	10,4±2,7	12	16,0±2,5
Мияча бузилишлари	11	5,5±1,6	7	5,6±2,0	4	5,3±1,5

Агар ригидлик, тинч ҳолатда тремор каби асосий симптомларнинг пайдо бўлиш частотаси иккала гуруҳда ҳам деярли бир хил учраган бўлса, гипокинезия ва нутқнинг бузилиши эркаклар гуруҳида аёлларга қараганда деярли 1,5 мартага юқорилиги қайд этилган, жумладан эркакларда гипомимиянинг учраш даражаси 77,6%ни, нутқ бузилиши эса 53,6%ни ташкил қилган, аёлларда мос равишда 45,3% ва 37,3%ни ташкил қилган. (p < 0.001). Паркинсон касаллигига хос аломатлар, ҳид билишнинг бузилишлари (гипо ва аносмия кўринишида) эркакларда етакчилик қилди (мос равишда 88,2% ва 78,4%). Аёлларда эса ушбу аломатлар камроқ тарқалган ва 28,9% ва 30,4%ни ташкил қилди.

26,7% ҳолларда аёлларда постурал бузилишлар қайд этилган бўлиб, у эркакларга қараганда юқори даражада қайд этилди (9,6%).

Юқорида келтирилган статистик ва клиник текширув маълумотлар ва уларнинг таҳлили қуйидаги хулосаларга келиш имконини берди. Тошкент вилоятида Паркинсон касаллиги билан оғриган беморлар орасида эркакларнинг улуши юқори, лекин ёш ортиши билан (ёши катта ва кекса ёшларда) аёлларда касалланиш кўрсаткичи ортиб бориши қайд этилди. Касалликнинг ривожланиш (зўрайиш) тезлиги эркакларда ўртача тезликда ривожланиш характерига эга бўлса, аёлларда секин ривожланиш характерига эга. Касалликнинг ривожланишига туртки бўлувчи омиллар сифатида 73,0%да руҳий шикастланишлар (психотравмалар) аниқланди, ва эркакларда ушбу кўрсаткич аёлларга нисбатан юқори. Эркакларда ва аёлларда касалликнинг аралаш тури устунлик қилди (мос равишда 51,2% ва 45,7%). Касалликнинг оғирлик даражаси эркакларда аёлларга нисбатан бир оз оғирроқ бўлди, ва бу уларда II ва III -даражаси (мос равишда 47,2 ва 24,8%) устунлик қилганлиги билан ифодаланди.

Диссертациянинг «**Паркинсон касаллигининг хавф омиллари, унинг профилактикасига тизимли ёндашув**» деб номланган туртинчи бобда ПКбилан касалланган беморларнинг турмуш тарзи, тиббий фаоллик даражаси ва касалликка олиб келувчи хавф омилларини эрта аниқлашнинг прогностик жадвали ишлаб чиқилган

Паркинсон касаллигининг наслий характерга эга эканлиги кўпгина тадқиқотчилар томонидан асослаб берилган [Иллариошкин С.Н., 2014, Miller D.V., 2015 ва б.к.]. Шунинг учун сўровнома асосида беморларнинг яқин қариндошлари орасида Паркинсон касаллиги мавжудлиги ўрганилди ва 35,5% беморнинг (ҳодиса гуруҳи) яқин қариндошлари орасида Паркинсон касаллигининг мавжудлиги қайд қилинган. Назорат гуруҳининг 89,5%да яқин қариндошлари орасида касаллик кузатилмаган. Демак, наслида Паркинсон касаллиги қайд этилган шахсларда касалликка чалиниш хавфи 4,7 марта юқори экан (ШН-4,7).

Беморларнинг ёши, маълумоти ҳам касалликда аҳамиятли омиллардан биридир. 60 ёшдан катта беморларда касалликнинг учраш хавфи 2 марта юқорилиги қайд этилган (ШН -2,1).

Паркинсон касаллигига чалинган ишчилар орасидан саноат корхонасида ишловчилар 29,2%ни, қишлоқ хўжалигида ишловчилар 32,0%, қурилиш соҳаси ходимлари - 4,8%, автотранспорт ходимлари - 4,8%, озиқ-овқат маҳсулотлари билан алоқада бўлувчилар 6,8% ни ташкил қилади. Ҳодиса гуруҳида саноат корхонаси ишчилари ва қишлоқ хўжалигида ишловчи ходимлар юқори кўрсаткични ташкил қилди. Бу соҳа ишчилари орасида касалланиш хавфи бошқа соҳадаги ишчи хизматчиларга қараганда 2,4 марта юқорилиги қайд этилди. Шунингдек, иш стажи ошган сари хавф омиллари билан боғлиқлик ошиб бориши аниқланди. Жумладан, иш стажи 10-15 йилгача бўлганда касалликка чалиниш хавфи 2,1 марта (ШН -2,1), 15 йилдан кўп бўлганда 3,5 мартага ортиши қайд этилди (ШН - 3,5).

Беморлар орасида 25,2%да меҳнат режаси тўғри ташкиллаштирилмаганлиги, иш жойларидаги гигиеник талабларга, шунингдек, корхонанинг микроиқлими гигиеник талабларига жавоб бермаслиги, 18,4%

касбга алоқадор зарарли омилларнинг мавжудлиги аниқланди.

Кўпгина адабиётларда келтирилишича, турмуш тарзи билан боғлиқ бўлган зарарли одатлар ҳар қандай касалликнинг кечишига салбий таъсир кўрсатади. Айниқса, чекиш, спиртли ичимликларни қабул қилиш нафас аъзолари касалликларининг келиб чиқишига, организм иммун тизимининг пасайишига, бунинг натижасида эса йўлдош касалликларнинг келиб чиқишига туртки бўлади.

Таҳлил натижаларига кўра, 16,0% беморлар тамаки маҳсулотларини чекади, назорат гуруҳида эса 7,0% шахслар чекиши қайд этилди. Беморлар билан суҳбат ўтказганда чекишнинг организмга таъсирини 7,7% бемор билмаслигини, 3,8% эса организмга чекиш ҳеч қандай салбий таъсир кўрсатмаслигини таъкидлаган.

Асосий ва назорат гуруҳидагиларнинг спиртли ичимликларни қабул қилиши ва оилавий муносабатларига нисбатан тақсимланишига кўра спиртли ичимлик қабул қиладиган контингент ўртача 29,5% ни ташкил қилмоқда. Ўсмирлик ёшидан ичимлик қабул қилиш ҳодиса гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан 3,2 баробар юқори.

Касалликлар профилактикасида ўткир ва сурункали касалликлар вақтида шифокорга ўз вақтида мурожаат қилиш муҳим аҳамиятга эга. Ўткир ва сурункали касалликлар вақтида шифокорга ўз вақтида мурожаат назорат гуруҳида ҳодиса гуруҳига нисбатан 2 баробар юқори бўлди. Сўровноманинг кейинги 2-3 йил ичида профилактик тиббий кўриқдан ўтганлиги тўғрисидаги сўровнома 30,5% респондентлар тиббий кўриқдан тўлиқ ўтмаганлигини тан олди. Бу кўрсаткич назорат гуруҳида 14,1% ни ташкил қилди.

Респондентларнинг тиббий хизматга муносабатини ҳам ўргандик, унга кўра 60,0% тиббий хизматга доим мурожаат қилиши ва хизматдан тўлиқ қониқишини таъкидлаган. Шунингдек, беморларнинг 23,6% тиббий хизматдан қониқмаслигини, 2,4% фақат касаллик варақаси учун мурожаат қилишини, 14,0% эса умуман мурожаат қилмаслиги, ҳатто касал бўлганда ҳам мустақил равишда даволаниши аниқланди, демак беморларнинг тиббий хизматга муносабати ижобий эмас.

Аҳолига тиббий хизмат кўрсатишнинг бирламчи бўғинларида, айниқса ҚВП, ҚОП, ОПларда касалликка олиб келувчи хавф омилларини аниқлаш, баҳолаш ва касалликка ташҳис қўйиш қийинчилик туғдирмоқда. Паркинсон касаллигининг асоратли кечиши, эрта ногиронликка олиб келиш сабабларидан бири – беморларни назорат қилишда дифференциаллашган ёндашувнинг бўлмаслигидир. Беморларда касалликнинг дастлабки босқичларида касалликнинг клиник белгилари сезиларли ифодаланмаган бўлади. Бу эса ҳатто малакали врачларда ҳам даволаш режасини тузишда хатоликка йўл қўйишга сабаб бўлади.

Касалликка олиб келувчи хавф омиллари тўғрисидаги маълумотларни таҳлил қилишда махсус ишлаб чиқилган математик моделдан фойдаланиш ижобий самарани беради. Касалликка олиб келувчи хавф омиллари жуда кўп. Бироқ улардан ҳар бирининг организмга таъсирини баҳолаш ва уни прогнозлаш тиббиёт ходимидан бирмунча кўп вақтни талаб қилади. Бу эса

айниқса БТСЁ муассасаларида ишловчи тиббиёт ходимлари учун қийинчилик туғдиради.

Тадқиқотларнинг натижаларини чуқур таҳлил этиш, клиник эпидемиологиянинг аналитик тадқиқот усуллари: хавф омилларини аниқлаш, шанслар нисбати ва касалликларнинг тарқалганлигини прогнозлаш усулларида фойдаланган ҳолда Паркинсон касаллигининг етакчи хавф омиллари аниқланди, уларнинг истиқболини аниқлаш ва баҳолаш жадвали ишлаб чиқилди.

Паркинсон касаллигига хос касаллик симптомлари билан мурожаат қилган беморлардан тўлиқ анамнез маълумотлари олинади. Олинган анамнез маълумотлари жадвалга қўйилади ва хавф омиллари белгилаб олинади. Хавф чегараси 13,0-39,2 оралиғида, бундан келиб чиқиб хавф чегараларини 3 интервалли гуруҳга бўлдиқ: хавфнинг энг кичик даражаси 13,0-20,86 (30,0%), хавфнинг ўртача даражаси 20,87-28,72 (30%), хавфнинг энг юқори даражаси 28,73-39,2 (40%).

Юқоридагиларга мос ҳолда истиқбол (прогноз)ни 3 гуруҳга бўлдиқ: яхши истиқболли гуруҳ, диққатни талаб қиладиган гуруҳ, ёмон истиқболли гуруҳ. Ушбу жадваллардан соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида шифокорлар томонидан фойдаланиш касаллик бошланишидан олдин хавф гуруҳларини аниқлаш ёки касаллик келиб чиққандан сўнг унинг оғирлик даражасига қараб беморларни гуруҳларга ажратиш, улар орасида тизимли ёндошув асосида индивидуал, дифференциаллашган чора-тадбирларни ишлаб чиқиш имконини беради.

Жадвалдан фойдаланишда тиббиёт ходими томонидан беморнинг анамнез маълумотлари йиғилиб, тиббий кўриқдан ўтказилгач, аниқланган омиллар мазкур жадвалда белгиланиб олинади. Шундан сўнг барча омилларга мос келадиган қийматлар йиғиндиси олинади ва жадвалга мос равишда бемор қайси гуруҳга кириши қайд этилади.

Хавф даражасига кўра, беморлар 3 гуруҳга ажратилади: хавфнинг энг кичик даражаси, хавфнинг ўртача даражаси, хавфнинг энг юқори даражаси. Ҳар бир хавф гуруҳига кирган шахслар бўйича тузилган индивидуал чора-тадбирлар уларнинг амбулатор картасида қайд этилиб, йил охирида оилавий шифокор томонидан ҳисобот тайёрланади. Хавф омили эҳтимоллик даражаси ортган сари беморларни ёмон истиқболли гуруҳга киритиш хавфи ошиб бораверади.

Хавфнинг энг кам эҳтимоллик чегараси мавжуд бўлган яхши истиқболли гуруҳ билан касалликнинг бирламчи профилактикаси чора-тадбирлари олиб борилади. Бунда асосий эътибор касаллик келиб чиқишининг олдини олишга қаратилади. Биринчи навбатда мавжуд хавф омилларини бартараф этиш ёки уларнинг таъсирини камайитириш керак.

Хавфнинг ўрта эҳтимоллик чегараси мавжуд бўлган диққатни талаб қиладиган гуруҳларда махсус инструментал текширишлар ўтказиш мақсадида тор мутахассисга юборилади, соғломлаштиришнинг индивидуал режаси ишлаб чиқилади, соғлом диспансер гуруҳи ташкил этилиб, фаол кузатилиб, керак бўлса фаол даволаб, кун ва иш тартиби бўйича тавсиялар ишлаб чиқилади.

Хавфнинг энг кўп эҳтимоллик чегараси мавжуд бўлган ёмон истиқболли гуруҳларда эса беморни зарур бўлганда госпитализация қилиш, иккиламчи

профилактика чораларни амалга ошириш тадбирлари олиб борилади: фаол даволаш, инфекция касалликларни ўз вақтида аниқлаш, даволаш ва олдини олиш; бемор, унинг оиласи, маҳалла вакиллари ва фаоллари, таълим муассасаси ходимларининг тиббий билимини ошириш; тез тиббий ёрдам кўрсатиш кўникмаларини шакллантириш ва ҳ.з. (5-расм).

Аҳоли орасида ва беморларда хавф гуруҳини комплекс баҳолашга имкон берадиган мазкур истиқболли жадвалдан кенг фойдаланиш БТСЁ муассасаларида фаолият юритадиган тиббиёт ходимлари, соғлиқни сақлаш муассасалари раҳбарларига касалликни камайтириш, уни эрта аниқлаш, диагностика қилиш ва адекват даволашга қаратилган илмий асосланган чора-тадбирларни ишлаб чиқиш имконини беради. Аҳоли орасида Паркинсон касаллигининг олдини олиш, уни камайтириш, ПК да иккиламчи ва учламчи профилактика самарадорлигини ошириш учун ҳар бир туман, шаҳар ва вилоятлар миқёсида профилактика, ташхислаш ва даволаш ишларига тизимли ёндашув дастурини кенг тадбиқ этиш лозим.



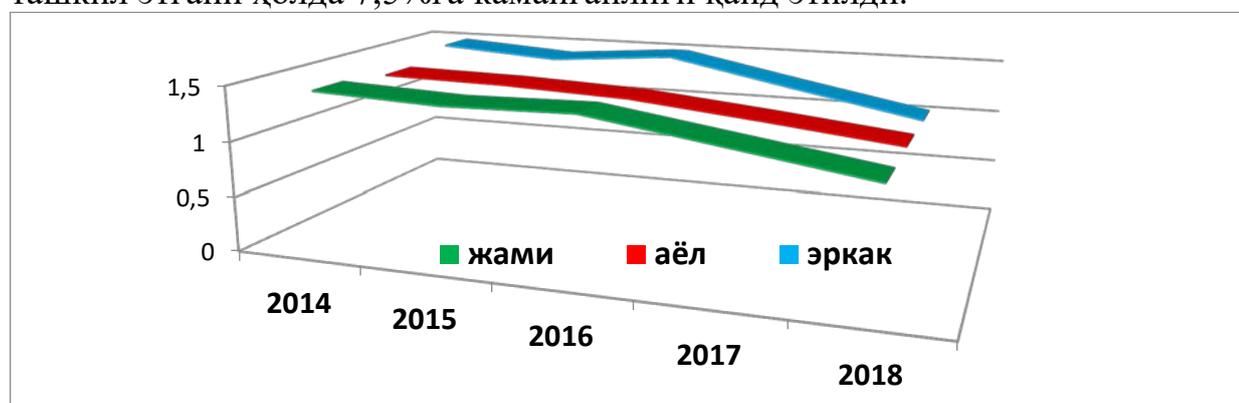
**5-расм. Хавф даражаси ва истиқболли гуруҳларда тизимли профилактик тадбирлар режаси**

Диссертациянинг «Паркинсон касаллигидан ногиронлик ва унинг ўзига хос хусусиятлари» деб номланган қисмида ПКгидан ногиронлик динамикаси, структура ва даражаси чуқур таҳлиб қилинган ҳамда, ногиронларнинг ижтимоий ҳолати ёритиб берилган.

Сўнги йилларда вилоятда Паркинсон касаллигидан касалланиш

кўрсаткичлари ортиб бораётганлигига қарамасдан, 2014-2018 йилларда динамикада вилоятнинг шаҳар ва туманлари орасида Паркинсон касаллигидан умумий ногиронлик сезиларли равишда камайиб борганлиги қайд этилди. Жумладан, 2018 йилда мазкур ёшдаги 10 000 аҳолига эркакларда 1,03; аёлларда 1,05; жами аҳолига 1,04ни ташкил этиб, 2014 йилга нисбатан 27,3%га камайганлигини кўрсатмоқда, 2014 йилда мос равишда кўрсаткич 10000 аҳолига 1,49; 1,37 ва 1,43га тенг бўлган. Вилоятда Паркинсон касаллиги билан боғлиқ ногиронлик кўрсаткичи ўртача 5 йилда 10 000 аҳолига  $1,29 \pm 0,11$  ни ташкил этди. (6-расм)

Паркинсон касаллиги билан боғлиқ ногиронлик эркаклар орасида аёлларга нисбатан юқори кўрсаткични ташкил этади. Жумладан: у эркакларда 2014 йилда мазкур ёшдаги 10000 эркакга 1,49 ни ташкил қилган бўлса, 2018 йилда 1,33 эканлиги қайд этилди. Эркаклар ўртасидаги ногиронлик 5 йилда динамикада 10,5 %га камайган. Худди шундай тенденция аёллар орасида ҳам кузатилиб, 2014 йилда мазкур ёшдаги ҳар 100000 аёлга 1,37; 2018 йилда 1,26ни ташкил этгани ҳолда 7,5%га камайганлиги қайд этилди.



**6-расм. Тошкент вилоятида Паркинсон касаллиги билан боғлиқ ногиронлик динамикаси (10 000 аҳолига)**

Тошкент вилоятида бирламчи ногиронлик эркакларда аёлларга нисбатан юқори эканлиги аниқланди (57:43). Бу кўрсаткич 16-39 ёшдаги иккала жинс вакиллари орасида бир хил бўлса, 40-60 ёш ва 60 ёшдан катта гуруҳидагилар орасида эркакларнинг ҳиссаси юқорирок (52:48) ( $p < 0,0001$ ). Демак, аҳолининг ёши ошиб борган сари бирламчи ногиронлик даражаси кўпайиб бормоқда. Олиб борилган эпидемиологик тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатдики, Тошкент вилоятининг катта ёшдаги қишлоқ ва шаҳар аҳолиси орасида Паркинсон касаллигидан ногиронликнинг учраш частотаси мос ҳолда  $1,92 \pm 0,32$  ва  $1,23 \pm 0,07$  ни ташкил қилди ( $p < 0,001$ ). Тошкент вилоятининг қишлоқ ҳудудида ногиронлик даражаси (тегишли равишда  $1,92 \pm 0,32$ ) шаҳар ҳудудидага нисбатан (мос ҳолда  $1,23 \pm 0,07$ ) юқори эканлиги қайд этилди ( $p < 0,001$ ).

Тошкент вилоятида Паркинсон касаллигидан I гуруҳ ногиронлиги  $0,29 \pm 0,11$ ; II гуруҳ  $1,14 \pm 0,21$ ; III гуруҳ  $0,22 \pm 0,10$  ни (10 000 аҳолига) ташкил қилди. II гуруҳ ногиронлик вилоятда устунлик қилган.

Таъкидлаш жоизки, вилоятда Паркинсон касаллигидан ногиронликнинг асосий қисми II гуруҳ ногиронлигига тўғри келди, жумладан 68,9% II гуруҳ, 17,7% I гуруҳ, 13,4 % III гуруҳ ташкил

Ногиронлик гуруҳларини жинслар орасида тарқалганлиги таҳлили шуни кўрсатдики, барча гуруҳ ногиронликлари орасида эркаклар устунлик қилди, айниқса 1- ва 2- гуруҳ орасида: мос равишда 63,4 ва 58,4%, 3- гуруҳда эса эркаклар ва аёллар нисбати 51:49 ни такшил қилди.

Тадқиқотда биз ногиронлар иш стажи, маълумоти ва касби, ногиронлик муддати каби маълумотларни ҳам таҳлил қилдик. Ногиронларнинг иш стажини таҳлил қилганимизда, уларнинг 31,4% 20 ва ундан кўп йиллик иш стажига эга эканлиги аниқланди. 25,7% 17-20 йилгача, 21,8% 11-16 йилгача, 21,1% эса 10 йилгача бўлган иш стажига эга шахслар эканлиги аниқланди. Ногиронларнинг 78,9% 10 йилдан юқори бўлган иш стажига эга. Ишчилар иш стажи билан ногиронлик даражаси орасида тўғри кучли корреляцион боғлиқлик борлиги аниқланди ( $r=0,76\pm 0,03$ ), демак иш стажи ортиши Паркинсон касаллиги ривожланиш хавфини ортиради.

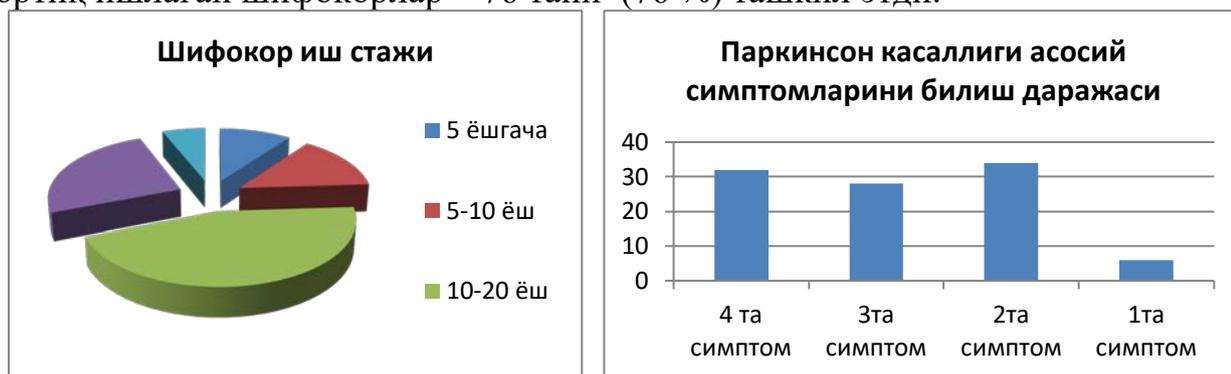
Паркинсон касаллигининг келиб чиқиши ва унинг ногиронликка олиб келувчи сабаларидан бири, беморларнинг узок вақт давомида кимёвий моддалар билан мулоқот қилувчи соҳаларда, жумладан қишлоқ хўжалигида ёки саноат корхоналарида ишлашидир. Олинган натижаларга кўра, шаҳар аҳолисининг 56,3% саноат корхоналари ишчилари бўлса, қишлоқ худудида истиқомат қиладиганларнинг 55,8% қишлоқ хўжалиги ишчилари эканлиги қайд этилди.

Паркинсон касаллиги бўйича ногиронлиги бўлган шахсларнинг асосий қисми ўрта маълумотга эга бўлиб, 58,5% ни ташкил қилди. Шунингдек, 18,6% олий, 28,9% ўрта - махсус маълумотлилардан иборат. Ногиронликка чалинганларнинг 12,4% ни уй бекалари ташкил қилади. Ногиронларнинг асосий қисмида, яъни 71,4%да ногиронлик охириги 5 йил ичида аниқланган. 22,8%да ногиронлик кейинги 5-10 йил ичида, 5,8% да эса ногиронликнинг аниқланганлигига 10 йил ва ундан кўп вақт бўлганлиги қайд этилди. Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, Тошкент вилоятида яшовчи ногиронларнинг қарийб 50%и ногиронлик гуруҳини расмийлаштиришда кеч мурожаат қилган.

Диссертациянинг «**Бирламчи соғлиқни сақлаш бўғимидаги шифокорларнинг Паркинсон касаллигини замонавий диагностикаси ва даволаш принципларига оид билимларини баҳолаш**» деб номланган бешинчи бобида Паркинсон касаллиги бўлган беморларни даволаш ва ташхислашда терапевтик профилдаги шифокорларнинг замонавий қарашларини баҳолаш, ҳамда беморларнинг даволанишдан қониқишини баҳолаш учун 100 нафар терапевтик профилдаги шифокорлар ўртасида Паркинсон касаллиги, клиник кечиши, қабулдаги беморлар сони, даволаш тактикаси ва ташхислаш усуллари ҳақида сўровнома ўтказилган. Паркинсон касаллигида замонавий дориларни буюришда шифокорларнинг клиник ташхислаш ва фармакология соҳасида билимлари баҳоланди, шунингдек даволаш жараёнига беморларнинг қамраб олиниши поликлиника ва стационарларнинг 100 нафар шифокорлари ўртасида сўровнома орқали баҳоланди.

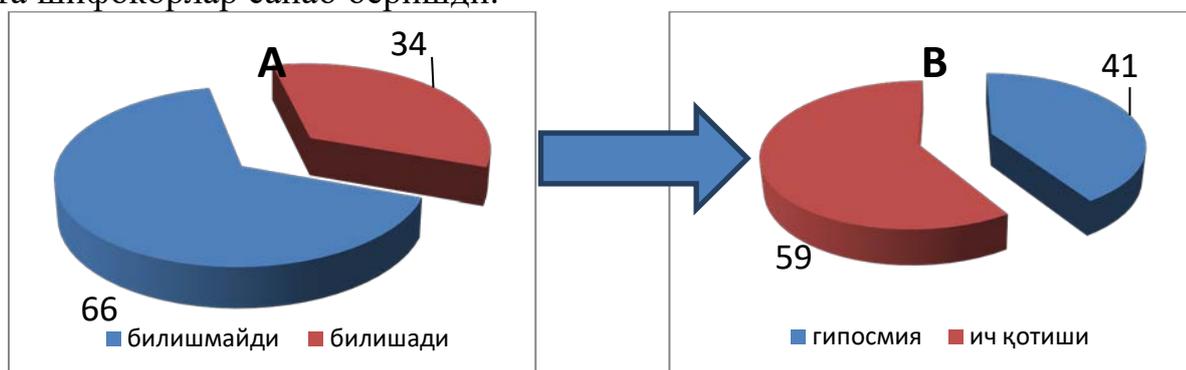
Шифокорларнинг меҳнат стажи 1 йилдан 43 йилгача эди, бунда ўн йилдан

ортиқ ишлаган шифокорлар – 76 тани (76 %) ташкил этди.



**7-расм. Шифокориш стажи ва асосий мотор симптомларни билиш даражаси.**

Сўровнома мобайнида 36% шифокорлар Паркинсон касаллигининг 4 та асосий мотор симптомларини, 30% шифокорлар 3 та симптомни, 34% шифокорлар 2 та симптомни санаб беришди. Мотор бўлмаган симптомлар ҳақида ярмидан кўп шифокорлар (66%) билишмас экан, қолган 34% шифокорлар мотор бўлмаган симптомларнинг бир қисмини санаб беришди, Паркинсон касаллигининг патогномик симптоми ҳисобланган аносмия (гипосмия) ҳақида уларнинг орасидан 14 та шифокорлар, ич қотиши ҳақида 22 та шифокорлар санаб беришди.



**8-расм. Мотор бўлмаган симптомлар ҳақида шифокорларнинг маълумотга эгалиги (А), улардан гипосмия ва ич қотиши (В)**

Дорилар асоратлари ҳақида (эрта ва кечки) шифокорларнинг маълумотга эгалиги жуда паст даражада бўлди ва 22% ни ташкил этди. Деярли ҳамма шифокорлар кўнгил айнаш, қайд қилиш, бош айланиши (эрта асоратлар) ва флуктуацияларни, акинетик кризис (кечки асоратлар) санаб ўтишди. Деярли ҳеч ким қотиб қолиш даврларини (freezing- синдром), дистониялар, психозларни санаб ўтмади. Фақатгина 20% шифокорлар ташхислашда касалликнинг Хен ва Яру бўйича даврларидан фойдаланишди.

Паркинсон касаллигининг турли вариантларини ҳисобга олиб ҳар бир ҳолат бўйича даволаш тактикаси имкониятларини, шифокорларнинг янги препаратлар ҳақида маълумотга эгалигини баҳолаш қизиқарли бўлди. Мотор симптомларни камайтириш учун кўпчилик шифокорлар (50%) холинолитиклардан (циклодол) фойдаланишди, кам ҳолларда дофаминергик препаратлардан (леводопа препаратлари) (40%) фойдаланишди. Замонавий

препаратлардан (дофамин рецепторлари агонистларидан, амантадин, МАО ингибиторлари В типидан) ПК-Мерцдан 10%гина ҳолатда фойдаланишган. Жуда кам ҳолларда комбинацияланган терапияда синдронолдан (14% ҳолатда) фойдаланишган.

Кейинги босқичда биз Паркинсон касаллиги бўлган беморлар билан сўров-сухбат ўтказдик. Сўровнинг асосий мақсади қуйидагиларни аниқлаш бўлди: уларга ташхис қаерда қўйилганлиги, даволаш қайси препаратлар билан бошланганлиги, даволашдан уларнинг қониқиш даражаси ва даволаш асоратлари ҳақида, ҳамда ушбу ташхис билан қайси препаратлар қўллаш мумкин эмаслиги ҳақида уларнинг маълумотга эгалигини билиш.

Паркинсон касаллиги бўлган 50 нафар беморлардан 1/3 қисми (17 бемор) уларга ташхис ҚВП да аниқланганлигини таъкидлашди, қолган беморлар шаҳар стационарига ёки Тошкентга боришганини таъкидлашди. 17 нафар беморлардан 10 таси Паркинсон касаллигини даволашни холинолитик (циклодол)дан, 6 нафари леводопадан ва 1 та бемор амантадиндан бошлашгани маълум бўлди.

Шаҳар тиббий муассасаларига мурожаат қилган 2/3 қисм беморларнинг 45% да даволаш леводопа препаратларидан, 30% ҳолатда амантадин сульфат дан ва 24% ҳолатда циклодолдан бошланган. Даволаш мобайнида беморлар ёши, коморбит касалликлар, бемор руҳий ҳолати ҳисобга олинмаган эди. Леводопа препаратлари билан даволашда эрта ножўя таъсирлар кузатилганда, 10 та ҳолатдан ҳеч бирида тегишли дорилар буюрилмаган (периферик дофамин рецепторлари антагонистлари). Паркинсон касаллигини дорисиз даволаш ва тегишли ҳаёт тарзи ҳақида тушунтириш ишлари олиб борилмаган. Леводопа препаратлари билан даволашда ва Паркинсон касаллигида қайси дорилар қўллаб бўлмадлиги ҳақида маълумотлар берилмаган.

Бугунги кунда шифокорларнинг таълим жараёни сезиларли ўзгаришларга учради. Доимий равишда конференциялар, симпозиумлар ўтказилмоқда, жумладан вилоятларда ҳам, асаб касалликлари бўйича етакчи мутахассислар томонидан маърузалар ўқилмоқда, интернет-сессиялар ҳамма учун фойдаланишга очиқ бўлиб, мутахассис бўш вақтларда ушбу материалларни кўриб чиқиши мумкин. Шу муносабат билан бизнинг тадқиқотимизнинг кейинги вазифаси соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғими шифокорлари учун Паркинсон касаллигини ташхислаш, даволаш ва беморларни назорат қилишнинг замонавий принциплари ҳақида мастер-класслар, маърузалар ўтказиш бўлди. Ушбу ишлар Тошкент вилоятининг 4 та (Охангорон, Юқори ва Ўрта Чирчиқ, Пскент) тумани 100 нафар шифокорлари орасида ўтказилди.

Ушбу шифокорлар ўртасида маърузагача сўровнома ўтказилди ва натижалар эълон қилинди. Ўқилган маърузалардан 6 ой ўтгач айнан шу шифокорлар бизнинг суровномага жавоб беришди ва Паркинсон касаллигини ташхислаш, даволаш ва беморларни назорат қилиш бўйича шифокор билимлари даражаси ўзгарганлиги биз томонимиздан ўрганиб чиқилди.

Сўровнома натижалари таҳлиliga кўра, касаллик ҳавф омиллари, клиник белгилари, касалликнинг асосий мотор ва мотор бўлмаган симптомларини даволаш бўйича шифокорлар билимлари сезиларли яхшиланганлиги аниқланди.

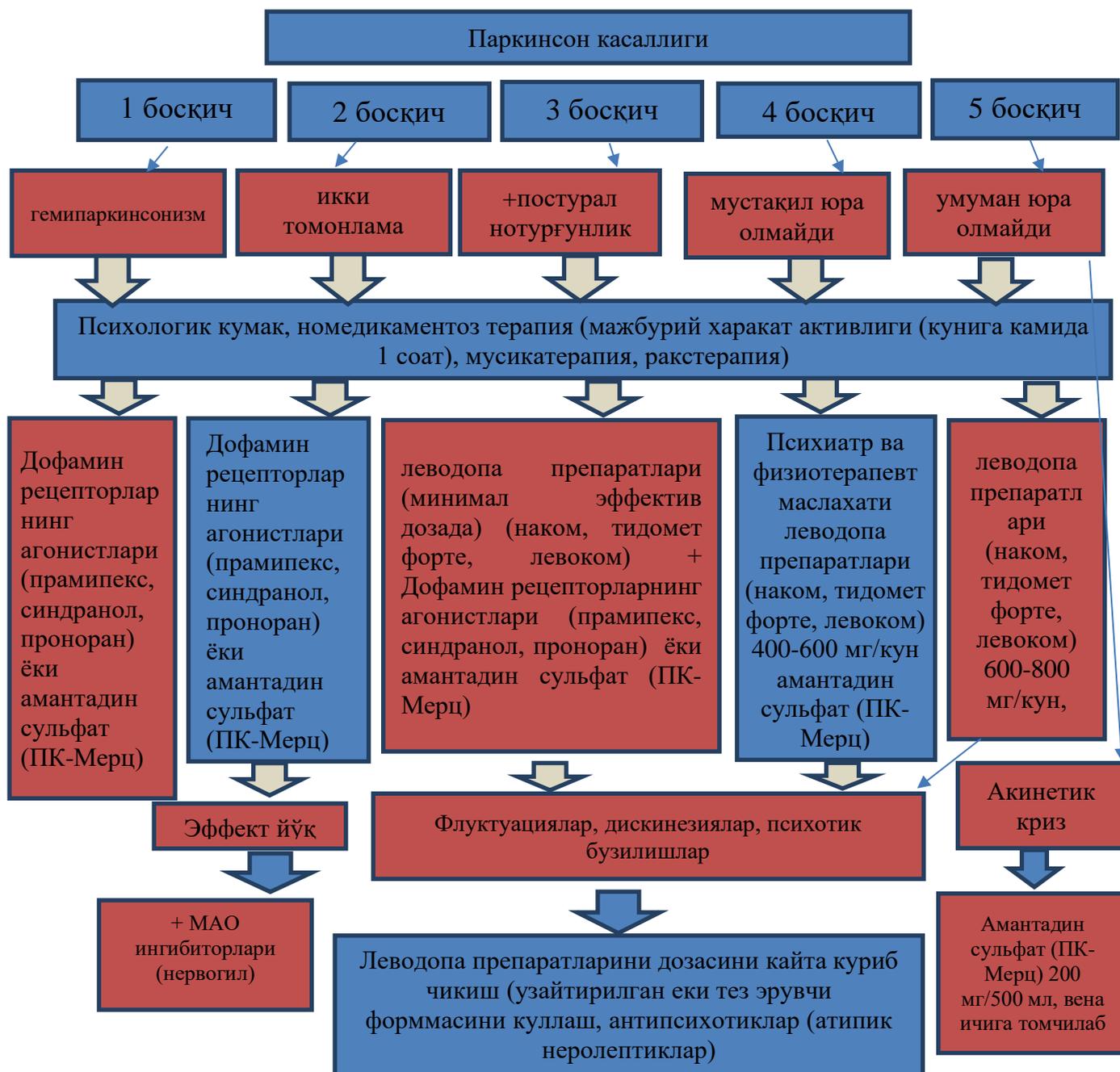
Паркинсон касаллигини ташхислашда, кўп ҳолларда, Буюк Британия

Паркинсон касаллиги уюшмаси бош мия банки томонидан ишлаб чиқилган ташхислаш мезонларидан фойдаланишни бошлашган (илгари 20% ҳолатга нисбатан 70% ҳолларда), ярмидан кўп шифокорлар (илгари 20% ҳолатга нисбатан 56% ҳолларда) ташхислашда Паркинсон касаллигининг Хен ва Яру шкаласи бўйича даврлари баҳоланди. Ташхислаш алгоритмида қўшимча равишда инструментал текшириш методларидан (бош мия МРТ си, БЦТ доплерографияси) илгари 32% ҳолатга нисбатан 70% ҳолларда фойдаланишган. Жуда кўпчилик шифокорлар 3та ва ундан кўп мотор ва 3 та мотор бўлмаган симптомларни санаб беришди (тегишлича 78% ва 65%). Ўтказилган мастер-класслар ва маърузаларнинг энг муҳим жиҳати соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғими шифокорларининг касалликнинг эрта босқичларида тавсия қилинадиган дорилар ҳақида билимлари яхшиланиши бўлди. Умумий ҳисобда даволаш бошланишида холинолитиклар ва леводопа препаратларини буюриш сезиларли камайди, бу касаллик динамикаси ва даволаш асоратлари профилактикасида ўз аксини топди.

Шунингдек биз касаллик структураси бироз ўзгаришини аниқладик. Олиб борилган ишларимиз натижасида шифокорлар Паркинсон касаллиги шакллари, босқичи ва шунга боғлиқ равишда беморларни даволаш ҳамда назорат қилиш тактикасини кўпроқ аниқлашни бошлашди.



## Паркинсон касаллигининг даволаш алгоритми



## ХУЛОСАЛАР

1. Паркинсон касаллиги билан боғлиқ касалланиш даражаси динамикада (2015-2018йй.) Тошкент вилоятида 10,2% га ошиб борган. Ушбу касаллик билан хасталанган беморларнинг асосий қисмини 40-60 - айнан меҳнатга лаёқатли ёшдагилар ташкил қилмоқда. Касалликнинг жинслар орасида тарқалганлик даражасини таҳлил қилинганда вилоятда Паркинсон касаллигидан касалланиш эркакларда аёлларга нисбатан юқори эканлиги аниқланди. Бу ҳолат вилоятда 1,5:1,0 нисбатни ташкил қилмоқда.

2. ПКли беморларни клиник-неврологик таҳлилида касалликнинг ўртача

давомийлиги  $4,7 \pm 4,08$  йилни, жумладан эркакларда кўрсаткич  $4,5 \pm 3,6$  йилни, аёлларда эса  $5,1 \pm 3,0$  йилни ташкил қилганлиги қайд этилди. Касаллик 77,6% эркакларда ўртача тезликда ривожланиш характериға эға бўлса, аёлларда у секин ривожланиш (62,6%) характериға эға. 73,0% беморлар анамнезида руҳий шикастланишлар борлиги, шунингдек эркакларда кўрсаткич аёлларға нисбатан юқори эканлиги (мос равишда 74,4% ва 70,6%) аниқланди.

3. Беморларда меҳнат режими тўғри ташкиллаштирилмаган, касбға алоқадор зарарли омиллар кўп. Беморларнинг яшаш шароитлари, оиладаги руҳий ҳолат, тиббий хизматға муносабат қониқарли эмас. Зарарли одатлар, ирсий мойиллик, ўз саломатлигиға муносабати, овқатланиш характери, ижтимоий аҳволи, меҳнат характери, тиббий хизматға муносабати касалликнинг етакчи хавф омиллари ҳисобланади. Бу омиллар беморларнинг ҳаёт сифатиға салбий таъсир этгани ҳолда жисмоний фаоллик, эмоционал ва руҳий ҳолатларнинг кескин пасайишиға сабаб бўлмоқда.

4. ПК касаллигининг хавф омиллари даражасини олдиндан аниқлашға қаратилган прогностик жадвал соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида фаолият кўрсатаётган оилавий шифокорға Паркинсон касаллигининг хавф даражасини барвақт аниқлашға ёрдам беради. Бу ўз навбатида бирламчи профилактик чора-тадбирларни ташкиллаштириш ва жорий қилишға, касаллик олди ҳолатида турган шахслар ва беморларға даволаш-профилактик ёрдам кўрсатишда дифференциал ва индивидуал ёндашишға, лозим бўлса тегишли ўзгартиришлар киритишға ёрдам беради.

5. Паркинсон касаллиги билан боғлиқ умумий ногиронлик Тошкент вилоятида 5 йилда ўртача  $1,29 \pm 0,11$  га тенг, шунингдек 2018 йилда 2014 йилға нисбатан 27,3%ға камайган, касалликдан ногиронлик эркаклар орасида аёлларға нисбатан юқори кўрсаткичға эға эканлиги қайд этилди. Вилоятда бирламчи ногиронлик эркакларда аёлларға нисбатан юқори эканлиги аниқланди (57:43). Аҳолининг ёши ошиб борган сари бирламчи ногиронлик даражаси кўпайиб бориши аниқланди. Паркинсон касаллигидан ногиронликнинг асосий қисми II гуруҳ ногиронлигиға тўғри келди, жумладан 68,9% II гуруҳ, 17,7% I гуруҳ, 13,4 % III гуруҳ ташкил қилган.

6. Ногиронликнинг сабаблари таҳлил қилинганида, уларнинг 31,4% 20 ва ундан кўп йиллик иш стажига эға эканлиги аниқланди. 25,7% 17-20 йилгача, 21,8% 11-16 йилгача, 21,1% эса 10 йилгача бўлган иш стажига эға шахслар эканлиги аниқланди. Ногиронларнинг 78,9% 10 йилдан юқори бўлган иш стажига эға. Ишчилар иш стажи билан ногиронлик даражаси орасида тўғри кучли корреляцион боғлиқлик борлиги аниқланди ( $r=0,76 \pm 0,03$ ).

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ НА ОСНОВЕ НАУЧНОГО СОВЕТА  
DSc.04/03.12.2019.Tib.31.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ  
СТЕПЕНЕЙ ПРИ ЦЕНТРЕ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

---

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**БОБОЕВ КОБИЛЖОН КАМАЛОВИЧ**

**ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЕЗНИ  
ПАРКИНСОНА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
(НА ПРИМЕРЕ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ)**

**14.00.33 - Общественное здоровье. Менеджмент в здравоохранении  
14.00.13 – Неврология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТАШКЕНТ – 2023**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан за № B2022.2.PhD/Tib1007.**

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном стоматологическом институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.timpe.uz](http://www.timpe.uz)) и на Информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научные руководители:**

**Ризаев Жасур Алимджанович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Раимова Малика Мухамеджановна**  
доктор медицинских наук, доцент

**Официальные оппоненты:**

**Искандарова Шахноза Тулкиновна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Абдуллаева Наргиза Нурмаатовна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:**

**Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сино**

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Разового Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 при Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников (Адрес: 100007, Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268–17–44, e-mail: [info@timpe.uz](mailto:info@timpe.uz)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре при Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников (зарегистрирована за № \_\_\_\_). Адрес: 100007, Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268–17–44.

Автореферат диссертации разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 года.  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 года).

**Х.А. Акилов**

Председатель Разового Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Н.Н. Убайдуллаева**

Ученый секретарь Разового Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

**Д.А. Асадов**

Председатель научного семинара при Разовом Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Среди нейродегенеративных заболеваний головного мозга болезнь Паркинсона (БП) с возрастом экспоненциально возрастает, усугубляется и уровень инвалидизации. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «население мира стареет, и в ближайшем будущем ожидается, что количество людей в возрасте старше 65 лет превысит количество детей в возрасте до пяти лет. Демографическое старение населения создает экономические проблемы и повышает актуальность социального обеспечения в системе здравоохранения»<sup>1</sup>. В связи с демографическими и эпидемиологическими изменениями, быстрой урбанизацией, модернизацией, глобализацией и соответствующими изменениями факторов риска и образа жизни, среди населения, особенно среди лиц пожилого возраста отмечается рост хронических заболеваний, что приводит в определенной степени медико-социальным, экономическим, психологическим и бытовым проблемам, и является одной из важных проблем в поддержании здоровья общества.

Во всем мире особое внимание уделяется масштабным научным исследованиям, направленным на оценку эпидемиологической ситуации по болезни Паркинсона с учетом возраста и совершенствованию оказываемой лечебно-профилактической помощи, улучшению состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста. В этом свете на уровне первичного медицинского звена рассмотрены причины распространения неврологических заболеваний, высокотехнологичные методы диагностики, ранняя диагностика и оптимизация критериев лечения, определение роли молекулярно-генетического полиморфизма в развитии заболеваний, методы лечения и купирования обострений и осложнений заболеваний, включая нейродегенеративные заболевания, в том числе диагностика болезни Паркинсона, особенно у лиц пожилого возраста, оценка моторных и немоторных расстройств, особое значение имеет выявление факторов, влияющих на развитие заболевания и оптимизация прогноза заболевания, улучшение неврологического обеспечения, оценка развивающейся вследствие этого заболевания инвалидности и оценка ее влияния на качество жизни.

Развитие медицинской отрасли в нашей стране требует адаптации медицинской системы к требованиям мировых стандартов, совершенствования методов раннего выявления, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний путем внедрения современных методов управления. Определены такие задачи, как «...создание современной модели долговременной медицинской помощи пожилым гражданам, повышение качества и удобства оказания геронтологической помощи, оказание социально-медицинских услуг на дому и ряд других мероприятий»<sup>2</sup>. При реализации этих задач целесообразно расширить объем научных исследований в таких направлениях, как

---

<sup>1</sup> World Health Organization, Global health and ageing. 2011, US National Institute on Ageing Bethesda.

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 г. № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан».

комплексное углубленное изучение состояния здоровья, заболеваемости, образа жизни и качества жизни лиц пожилого и старческого возраста, разработка мер, направленных на повышение качества и эффективности оказываемых им медико-социальных услуг.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, обозначенных в Постановлении Президента Республики Узбекистан № ПФ-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», № ПФ-6110 от 12 ноября 2020 года «Внедрение совершенно новых механизмов деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи и о мерах по дальнейшему повышению эффективности реформ в системе здравоохранения», ПП-4891 от 12 ноября 2020 г. «О дополнительных мерах по медико-профилактической работе», а также реализации задач, определенных в постановлениях ПП-3925 от 30 августа 2018 года «О мерах по совершенствованию оказания неврологической помощи населению» и других нормативных правовых документах, касающихся данной деятельности.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики – VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** В последние годы научные исследования, направленные на диагностику и лечение различных форм паркинсонизма были проведены зарубежными учеными. Научные работы, направленные по изучению распространенности, эпидемиологии и повышение оказываемой медицинской помощи у пациентов с болезнью Паркинсона проводили такие учёные как Похабов Д.В. (2008), Катюнина Е.А. (2010), О.С. Калашникова (2011), О.В. Кривонос (2013), Радорская В.В. (2013), Д.К.Сичинава (2017) и др. Чупина Л.П. (2014) в своем исследовании изучила зависимость моторных и немоторных расстройств от стадии заболевания, а также на основании трёхлетнего проспективнонаблюдения определила предикторы более быстрого прогрессирования заболевания. Фурсова И.В. (2021) оценила динамику клинических показателей, функционального и психологического статусов, а также качества жизни пациентов с постуральными деформациями при болезни Паркинсона в процессе реабилитации.

В изучение этой проблемы в нашей стране внесли свой значительный научный вклад такие учёные как Халимова Х.М., Раимова М.М., Матмуродов Р.Ж., Мансурова Н.А., Абдукодиров Э.И. В исследовании Матмуродова Р.Ж. установлено, что белок S100B, специфичный к нейронам в крови больных болезнью Паркинсона, может выступать в качестве диагностического маркера болезни Паркинсона, его уровень зависит от клинической формы и степени тяжести заболевания. Также установлено, что уровень белка S100B зависит от возраста пациентов и длительности заболевания. Раимова М.М. (2017) определила роль молекулярно-генетического полиморфизма в развитии болезни Паркинсона у лиц узбекской национальности, в её исследовании

выявлены клинические и дифференциально-диагностические особенности болезни Паркинсона и сосудистого паркинсонизма. Мансурова Н.А. (2020) в своём научном исследовании изучала роль витамина D в патогенезе болезни Паркинсона и провела сравнительный анализ клинико-биохимических характеристик болезни Паркинсона у лиц узбекской и японской национальности. Э.И. Абдукодилов (2022) определил важность выявления ранних предикторов (немоторных признаков и биохимических нейротрофических факторов) в диагностике болезни Паркинсона.

Однако, в современных социально-экономических условиях в нашей стране состояние здоровья пациентов с болезнью Паркинсона, инвалидностью, заболеванием в разных возрастных группах с учетом условий их образа жизни и качества жизни нуждается в продолжении исследований, а также изучение комплексной интеграции медицинской и социальной помощи по их социальным категориям и разработка комплексных научно обоснованных мер по улучшению их здоровья является актуальным.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы Ташкентского государственного стоматологического института по теме “Оценка эпидемиологического состояния болезни Паркинсона и оптимизация лечебно-профилактической помощи” № Гос. регистрации темы 011900252.

**Цель исследования** разработка предложений и рекомендаций по совершенствованию медицинской помощи больным с болезнью Паркинсона, на основании изучения эпидемиологических показателей данной патологии.

**Задачи исследования:**

изучить динамику заболеваемости болезнью Паркинсона, уровень тяжести и структуру БП среди различных возрастно-половых и социальных групп населения Ташкентской области;

оценить качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона и определить основные факторы, влияющие на её уровень;

определить частоту, степень и причины инвалидизации при болезни Паркинсона;

оценить объем и качество диагностической, лечебной помощи, оказываемой больным болезнью Паркинсона на уровне первичного звена здравоохранения;

разработать комплекс мероприятий по мониторингу больных болезнью Паркинсона, с целью профилактики инвалидности от данной патологии.

**Объект исследования:** в качестве объекта собраны статистические данные по заболеваемости и распространенности болезни Паркинсона и инвалидности при болезни Паркинсона в городах и районах Ташкентской области; 200 пациентов с болезнью Паркинсона (основная группа) и 200 человек, живущих в аналогичных условиях, но без болезни Паркинсона (контрольная группа); Пациенты с болезнью Паркинсона (всего 100 человек) которые лечились в отделениях неврологии, центральных поликлиниках и

стационарах.

**Предмет исследования:** социально-демографические характеристики пациентов с болезнью Паркинсона, заболеваемость, инвалидность, условия их проживания, образа жизни и медицинской активности, а также состояние и организация медицинской и социальной помощи.

**Методы исследования:** клинико-неврологический, метод многоступенчатой случайной выборки (кластерный, стратификационный), эпидемиологический, клинический, социально-гигиенический, социологический и статистический методы.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

выявлены высокая заболеваемость, а также быстрое прогрессирование, а также смешанная (дрожательная и акинетико-ригидная) форма заболевания у мужчин по сравнению с женщинами, обусловленные развитием под воздействием нейротоксинов как дофаминергической так и холинергической дисфункцией;

впервые выявлены значимые факторы риска развития болезни Паркинсона по уровню риска (наследственная предрасположенность-4,7; работа связанная с сельским хозяйством и промышленными предприятиями-3,5; неудовлетворительные бытовые условия больных-2,6; неудовлетворительное психологическое состояние в семье 2,5) определялась комплексная оценка по двухполюсной прогностической балльной системе;

при смешанной форме болезни Паркинсона у мужчин выявлен более высокий уровень инвалидизации в связи с тем, что у них наряду со всеми двигательными нарушениями чаще наблюдаются немоторные нарушения, включая вегетативные расстройства со значительным ограничением движений;

в учреждениях первичного звена здравоохранения оптимизированы мероприятия по оказанию медицинской помощи (маршрутизация), направленные на снижение факторов, как пациент-зависимых так не зависимых от пациента на ранних и поздних стадиях заболевания.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

разработан комплексный систематический подход к первичной, вторичной и третичной профилактике болезни Паркинсона;

разработана прогностическая таблица, позволяющая осуществлять раннюю диагностику и диспансерный контроль болезни Паркинсона, оценивать роль социально-гигиенических факторов, а также проводить индивидуально-дифференцированные, групповые мероприятия;

была разработана трехступенчатая система для выявления важных факторов в происхождении болезни Паркинсона и их уменьшения;

в результате использования прогностической таблицы, позволяющей комплексно оценить уровень факторов риска, влияющих на формирование болезни Паркинсона в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в деятельности врачей общей практики, удалось выявить группы риска и разработать индивидуальный, дифференцированный подход к лечению и

меры профилактики.

**Достоверность результатов исследования** обосновывается использованием современных методов и подходов, сопоставимостью теоретических данных с полученными результатами, корректностью проведенных обследований с методологической точки зрения, достаточным количественным составом пациентов, обработкой всех цифровых данных с использованием современных компьютерных технологий, а также сопоставление результатов исследования с международной и местной литературой, обоснованностью сделанных выводов и полученных результатов с принципами доказательной медицины, а также их подтверждением компетентными органами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования объясняется тем, что полученные результаты, выводы и предложения имеют большое значение в укреплении здоровья людей с болезнью Паркинсона, предупреждении инвалидности, развивающейся в результате этого заболевания, и снижении тяжести инвалидности, и вносят большой вклад в развитие медико-социальной помощи больным.

Практическая значимость результатов исследования объясняется разработкой индивидуальных лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на ее оценку и стимулирование данных мероприятий, а также разработкой комплекса мероприятий на основе системного подхода, позволяющего повысить качество оказания медицинской помощи и социальные услуги, предоставляемые пациентам.

**Внедрение результатов исследований.** На основании полученных результатов научного исследования по изучению клинко-эпидемиологических особенностей болезни Паркинсона, условий жизни, образа жизни и медицинской активности, факторов риска, медицинской, социально-экономической эффективности данного заболевания:

утверждены методические рекомендации «Клинические признаки и аспекты их лечения на ранних и поздних этапах болезни Паркинсона» (Справка Минздрава № 8н-з /420 от 9 ноября 2021 г.). Эти методические рекомендации позволяют изучить образ жизни и условия жизни пациентов, определять ведущие факторы риска и составлять на их основе прогностические таблицы, а также проводить индивидуальные дифференцированные лечебные и реабилитационные мероприятия;

утверждены методические рекомендации «Оптимизация диагностики болезни Паркинсона и анализ факторов инвалидности» (справка Минздрава № 8н-з/336 от 20 апреля 2021 г.). Эти методические рекомендации позволяют рассчитать экономический ущерб от болезни Паркинсона и инвалидности, уменьшить этот ущерб при реализации разработанных мероприятий, а также улучшить качество жизни и самопомощь пациентов за счет индивидуально дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий;

результаты комплексного исследования пациентов с болезнью Паркинсона и улучшения медико-социальной помощи внедрены в систему

здравоохранения, в том числе в лечебно-профилактическую деятельность неврологического отделения 1 клиники Самаркандского государственного медицинского института, отделения реабилитации многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, отделения неврологии 5 городской клинической больницы города Ташкента (Заключение Ташкентского государственного стоматологического института №04-295 от 21.02. 2023).

Внедрение результатов исследования в практику здравоохранения способствовало повышению медицинской, социальной и экономической эффективности деятельности медицинских и социальных учреждений, улучшению здоровья и качества жизни больных, повышению их удовлетворенности оказываемой медико-социальной помощью.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования обсуждались на 6 научных конференциях, в том числе на 2 международных и 4 республиканских научных конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, в том числе 11 статей в изданиях, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций, в том числе 9 республиканских и 2 зарубежных журналах.

**Структура и объем диссертации.** Структура диссертации состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем диссертации 120 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснованы актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цели и задачи, объект и предмет исследования, приведено соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, изложены научная новизна и практические результаты исследований, раскрыты теоретическая и практическая значимость полученных результатов, обоснована достоверность полученных данных, даны сведения по внедрению результатов исследований в практику, опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Проблема болезни Паркинсона, её эпидемиология и современные подходы к клинике (обзор литературы)»** подробно описаны результаты исследований по теме, анализ зарубежной и отечественной литературы. Исходя из цели исследования проанализирована распространенность болезни Паркинсона в разных странах, этиологические факторы у пациентов с болезнью Паркинсона, заболеваемость, образ жизни и качество жизни, а также организация медицинской и социальной помощи для них. Отмечено то что надо провести более всестороннее систематическое изучение ситуации, а также качества и эффективности оказываемой им медико-социальной помощи.

Во второй главе диссертации, озаглавленной **«Материалы и методы исследования»**, представлены подробные сведения о материалах и методах,

использованных в исследовании. В основу исследования были положены данные о распространенности, структуре и степени тяжести болезни Паркинсона в Ташкентской области, клинических типов и факторов риска их развития, условий их жизни, образа жизни и качества жизни, медицинские и социальные услуги.

Для достижения цели исследования и поставленных в нем задач использовался метод многоэтапной случайной выборки. На эпидемиологическом этапе исследования (2015-2018 гг.) изучена распространенность болезни Паркинсона в городах и районах Ташкентской области, заболеваемость инвалидностью методом массового ретро-проспективного наблюдения.

**Таблица 1**

**Количество случаев болезни Паркинсона в городах и районах Ташкентской области (в абсолютном выражении)**

	Города и районы	2015	2016	2017	2018	Итого	В среднем в течении 4 года
1	Бекабад город	23	24	24	24	95	23,75±0,5
2	Алмалык	29	30	30	30	119	29,75±0,5
3	Ангрен	54	56	56	56	222	55,5±1,0
4	Чирчик	39	42	45	53	179	44,75±6,02
5	Аккурган	16	17	19	25	77	19,25±4,03
6	Ахангаран	15	17	16	15	63	15,75±0,95
7	Бекабад р-н	23	24	24	24	95	23,75±0,5
8	Бука	20	23	24	27	94	23,5±2,03
9	Бустонлык	15	17	17	17	66	16,5±1,0
10	Зангиота	74	76	76	75	301	75,25±0,95
11	Кибрай	50	51	49	49	199	49,75±0,95
12	Куйичирчик	5	7	10	11	33	8,25±2,03
13	Паркент	18	20	20	20	78	19,5±0,95
14	Пскент	11	14	17	20	62	15,5±3
15	Уртачирчик	41	43	43	43	170	42,5±0,95
16	Чиназ	22	24	24	24	94	23,5±0,95
17	Юкаричирчик	21	20	27	30	98	24,5±3,0
18	Янгиюль	24	26	26	26	102	25,5±0,95
	Итого	500	531	547	563	2147	535,25±26,9

По половозрастному составу рассчитывались интенсивные и стандартизованные показатели. Использовался общепринятый возрастной диапазон: до 18 лет, 18–44 года, 45–59 лет, 60-74 года и 75 лет и старше. Получены данные о ранних признаках болезни Паркинсона, время дебюта заболевания, время направления пациента в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), время первого диагноза болезни Паркинсона, продолжительность лечения в ЛПУ, информация о том, какие лекарства он

принимал, из амбулаторной карты пациента (025 / -ш).

Были проведены углубленные клинико-неврологические обследования 200 пациентов для изучения таких данных, как симптомы, наблюдаемые при болезни Паркинсона, ее клинический тип и время начала заболевания. Для этого обследованы по 50 пациентов с болезнью Паркинсона в Зангиотинском, Пскентском, Бостанлыкском и Алмалыкском районах. Детально изучены анамнез заболевания, клинические признаки, течение, а также факторы риска заболевания. Пациенты с сосудистым паркинсонизмом, а также другими тяжелыми хроническими заболеваниями в исследование не включались.

Факторы риска, вызывающие заболевание и его формирование, изучались методом «случай-контроль» доказательной медицины. Чтобы определить природу факторов риска, вызывающих заболевание, и их взаимосвязь друг с другом, мы изучили их в группе известных факторов: биологические факторы, социальный статус, факторы, связанные с информацией и работой, домашние условия, питание, отдых, физическое здоровье, активность, вредные привычки и семейные отношения.

В общей сложности 200 пациентов с болезнью Паркинсона (основная группа) и 200 человек, живущих в аналогичных условиях, но не страдающих болезнью Паркинсона (контрольная группа), были случайным образом отобраны из каждого района для изучения образа жизни пациентов, качества жизни и факторов риска заболевания. Пациенты, включенные в социологический опрос, составили 9,3% от общего количества пациентов, зарегистрированных в Ташкентской области (2015-2018 гг.) (2147). Пациенты, участвовавшие в социологическом исследовании, были отобраны методом «страта» в Зангиотинском, Пскентском, Бостанлыкском и Алмалыкском районах Ташкентской области с учетом условий жизни населения, социальных и экологических факторов.

При статистическом анализе данных были определены относительные и средние значения, а также обнаружены ошибки в относительных и средних значениях. Критерий t-Стьюдента использовался для оценки достоверности различий при сравнении свойств выбранного комплекса. При исследовании взаимосвязи показателей корреляции рассчитывались парная корреляция, индекс совместимости, индекс согласованной интенсивности (N), индекс относительного риска (R), коэффициент вероятности (X), нормативная величина (M).

Таким образом, использованный комплексный метод исследования предоставил широкие возможности для изучения состояния здоровья, условий жизни, образа жизни и качества жизни пациентов с болезнью Паркинсона, а также состояния оказываемой им медицинской и социальной помощи и уровня удовлетворенности пожилых людей.

В третьей главе диссертации **«Динамика и особенности распространенности, клиники и качества жизни при болезни Паркинсона»** дан анализ структуры и распространенности болезни Паркинсона у населения Ташкентской области, а также анамнестические и клинико-неврологические данные пациентов с БП.

В последние годы в Ташкентской области значительно возросла заболеваемость болезнью Паркинсона. В 2015 г. уровень заболеваемости составлял 24,7 на 100 000 населения, а первичная заболеваемость - 1,5; В 2016 году эти показатели составляли 25,9 и 1,8 соответственно, в 2017 году - 26,6 и 2,1, а в 2018 году - 27,1 и 2,3 соответственно. Выявлено, что динамика заболеваемости населения болезнью Паркинсона в 2018 году увеличилась на 10,2% по сравнению с 2015 годом. (Таблица 2)

**Таблица 2**

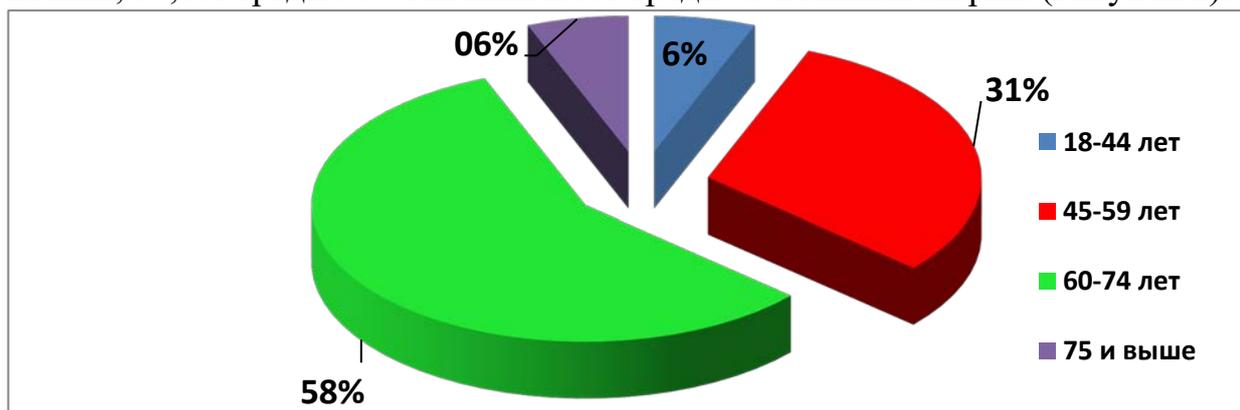
**Показатели первичной и общей заболеваемости болезнью Паркинсона среди населения Ташкентской области в 2015-2018 гг.**

Показатель	2015 г	2016 г	2017 г	2018 г
18 лет и выше	2 025 765	2 041 012	2 056 102	2 073 024
Количество зарегистрированных пациентов	500	531	547	563
Уровень заболеваемости (на 100 000 населения этого возраста)	24,7	25,9	26,6	27,2
Пациенты с впервые поставленным диагнозом	32	38	43	48
Уровень заболеваемости (на 100 000 населения этого возраста)	1,5	1,8	2,1	2,3

При анализе распространенности болезни Паркинсона в городах и районах Ташкентской области было отмечено, что заболевание неравномерно распределено по городам и районам. В частности, заболеваемость в городах Чирчик ( $43,8 \pm 0,70$ ), Ангрен ( $42,7 \pm 0,73$ ), Бекабад ( $38,1 \pm 0,89$ ), Алмалык ( $33,1 \pm 0,53$ ) области почти вдвое выше, чем в области, а в 2015-2018 гг. отмечен рост заболеваемости в Чирчике и Бекабаде. Высокая заболеваемость болезнью Паркинсона в городах Ташкентской области обусловлена тем, что проводятся мероприятия направленные на своевременное выявление, диагностики и регистрации заболевания. Однако эти данные не являются статистически достоверными. Для получения точных и полных данных о распространенности болезни Паркинсона в популяции необходимо провести углубленное медицинское обследование каждого пациента с подозрением на болезнь Паркинсона, подтвердить диагноз и его клинический тип на основании клиничко-инструментальных обследований. Это поможет правильно и тщательно спланировать и провести лечебную и профилактическую работу среди пациентов.

Когда мы проанализировали заболеваемость болезнью Паркинсона по

возрастной структуре, она составила 6% среди 18-44-летних, 30,5% среди 45-59-летних, 57,5% среди 60-74 летних и 6% среди 75-летних и старше (Рисунок 1).



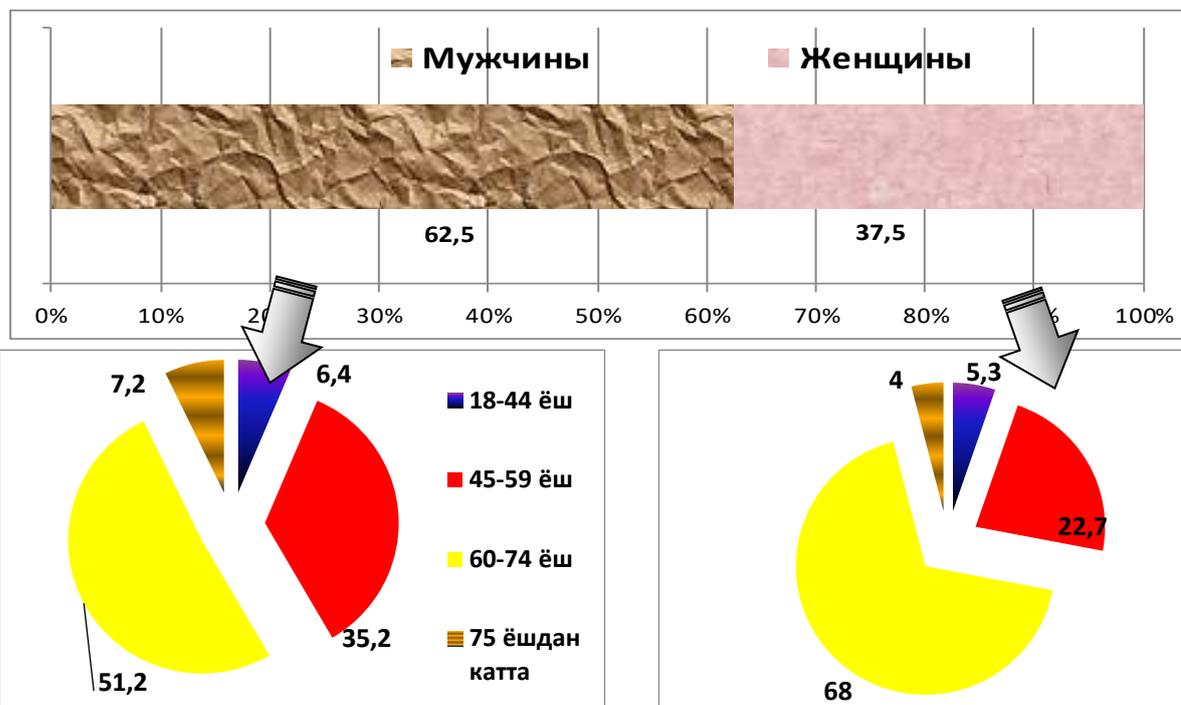
**Рисунок 1. Распределение болезни Паркинсона среди населения по возрастному составу**

Большинство случаев отмечалось у людей старше 59 лет, что согласуется с результатами, полученными другими исследователями: высокая заболеваемость болезнью Паркинсона специфична для взрослого населения. Однако следует отметить, что по данным Ташкентского областного управления здравоохранения, болезнь Паркинсона широко распространена в регионе в возрасте 45-59 лет (30,5%).

На момент первичного обследования средняя продолжительность заболевания несколько различалась между мужчинами и женщинами, в том числе 72,0% мужчин со средней продолжительностью заболевания от 1 до 5 лет и 40,0% женщин с интервалом от 6 до 10 лет. Это показывает, что средняя продолжительность заболевания у мужчин примерно в 2 раза меньше, чем у женщин. При анализе факторов, способствующих развитию заболевания, было обнаружено, что 73,0% пациентов имели в анамнезе психические травмы (психотравмы), а также чаще у мужчин, чем у женщин (74,4% и 70,6% соответственно).

Когда мы проанализировали распространенность болезни среди полов, мы обнаружили, что заболеваемость БП была выше у мужчин, чем у женщин. Это соотношение по региону составило 1,5: 1,0. В Ташкентской области у мужчин, как правило, выше заболеваемость болезнью Паркинсона, чем у женщин, но заболеваемость среди женщин увеличивается с возрастом.

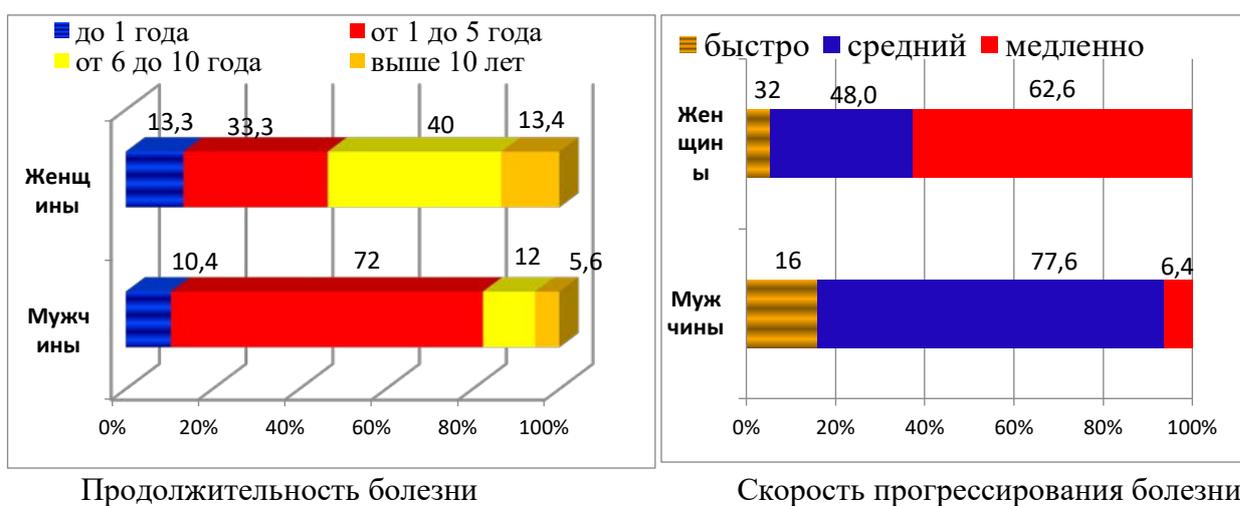
Из 200 пациентов, участвовавших в клиническом исследовании, 62,5% (125) были мужчинами и 37,5% (75) были женщинами, в том числе они проанализированы по возрасту, в то время как пациенты в возрасте 18–44 лет в мужской группе составляли 6,4% (8). Пациенты в возрасте 45-59 лет составили 35,2% (44 случая), в возрасте 60-74 лет - 51,2% (64 случая), пациенты старше 74 лет - 7,2% (9 случаев) и пациенты в возрасте 18-44 лет - в группе больных. женская группа 5 лет., 3% (4), 45-59 лет 22,7% (17), 60-74 года 68% (51), пациенты старше 75% (3) (Рисунок 2)).



**Рисунок 2. Распределение пациентов по возрасту и полу, участвовавших в исследовании (%)**

На момент первичного обследования средняя продолжительность заболевания несколько различалась между мужчинами и женщинами, в том числе 72,0% мужчин со средней продолжительностью заболевания от 1 до 5 лет и 40,0% женщин с интервалом от 6 до 10 лет. Это показывает, что средняя продолжительность заболевания у мужчин примерно в 2 раза меньше, чем у женщин.

При анализе скорости развития (прогрессирования) заболевания было отмечено, что 77,6% мужчин имеют умеренную скорость развития, а у женщин - медленное развитие (62,6%) (рис. 3).

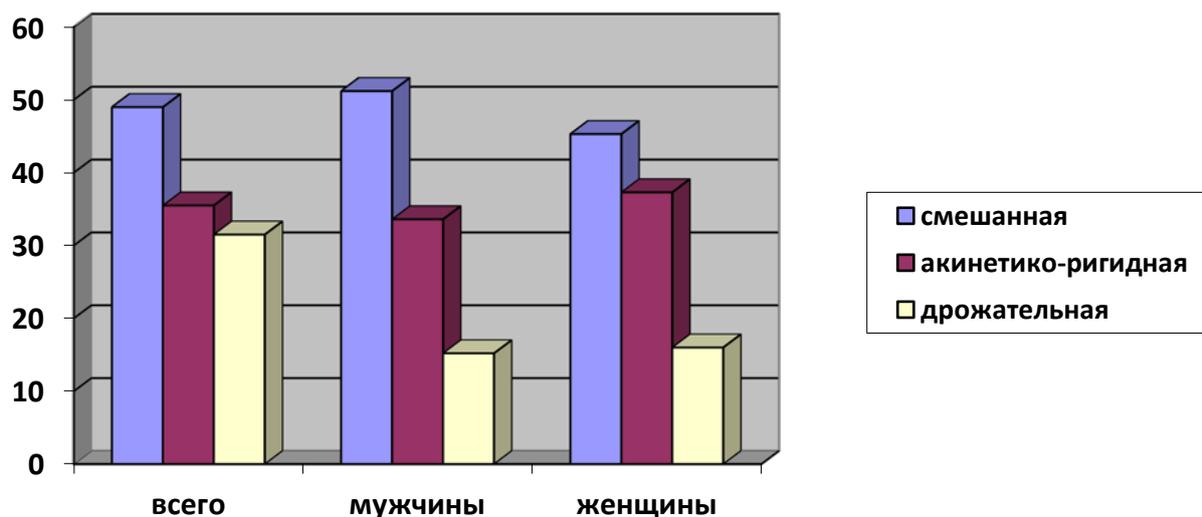


**Рисунок 3. Распределение пациентов в зависимости от продолжительности и скорости развития БП.**

Показатель повседневной активности пациентов (по шкале UPDRS часть II и Шваб и Ингланд) показал более выраженное снижение у мужчин с

болезнью Паркинсона, чем у женщин ( $14,2 \pm 3,1$  и  $19,2 \pm 3,9$  соответственно), что было связано с глубокими неврологическими показателями выявления и наличие нарушений.

При распределении пациентов по формам заболевания смешанная форма заболевания преобладала у 49,0% (98) пациентов, у 71 пациента (35,5%) наблюдалась акинетико-ригидная форма и у 31 (31,5%) пациента была диагностирована дрожательная форма (рисунок 4). Смешанная форма заболевания составила 51,2% у мужчин, акинетико-ригидная форма - 33,6%, дрожательная - 15,2%, у женщин - 45,3% 37,3 и 16,0% соответственно (рис.4).



**Рисунок 4. Распределение больных по полу в зависимости от формы БП**

Мы использовали шкалу Хена и Яра для оценки степени тяжести заболевания у пациентов с болезнью Паркинсона. Соответственно у пациентов с болезнью Паркинсона преобладала II степень тяжести заболевания (43,5%). Пациенты с I степенью тяжести составили 26,5%, пациенты с III степенью - 21,5% и пациенты с IV степенью - 8,5%

При распределении пациентов в зависимости от пола и степени тяжести заболевания выявлено, что у мужчин преобладали II и III - степени (47,2 и 24,8% соответственно), а у женщин I и II - степени тяжести (34,6 и 37,4% соответственно). Такую разницу в уровне развития, продолжительности и тяжести заболевания у мужчин можно объяснить более быстрой дегенерацией нигростриального тракта у мужчин, что, в свою очередь, можно объяснить тем, что у мужчин неблагоприятное воздействие внешних факторов среды более выражены, чем у женщин.

Одним из основных симптомов у больных БП являются двигательные (двигательные) расстройства. Мы проанализировали частоту двигательных нарушений у мужчин и женщин, участвовавших в исследовании, включая тремор в покое, гипомимию, нарушения речи и осанки, псевдобульбарный синдром, асимметрию рефлексов, патологические рефлекссы и др. (таблица 3).

Таблица 3.

**Частота двигательных (моторных) нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона**

Признак (симптом)	Всего пациентов		Мужчины		Женщины	
	n=200 абс.	M±m %	n=125 абс.	M±m %	n=75 абс.	M±m %
Тремор в покое	181	90,5±2,9	116	92,8±2,3	71	94,6±1,5
Гипомимия	131	65,5±3,3	97	77,6±3,7	34	45,3±3,5
Речевые расстройства	102	51,0±3,5	74	59,2±4,3	28	37,3±3,4
Постуральные расстройства	85	42,5±3,4	67	53,6±4,4	17	22,6±2,9
Псевдобульбарный синдром	21	10,5±2,1	12	9,6±2,6	9	12,0±2,2
Асимметрия глубоких рефлексов	25	12,5±2,3	13	10,4±2,7	12	16,0±2,5
Мозжечковые нарушения	11	5,5±1,6	7	5,6±2,0	4	5,3±1,5

Если частота основных симптомов, таких как ригидность, тремор в покое, была почти одинаковой в обеих группах, то гипокинезия и нарушения речи были почти в 1,5 раза выше в мужской группе, чем у женщин, в том числе 77,6% у мужчин с гипомимией, нарушение речи составило 53,6%, соответственно у женщин 45,3% и 37,3% ( $p < 0,001$ ). Симптомы, характерные для болезни Паркинсона, нарушения обоняния (в виде гипо- и аносмии) преобладали у мужчин (88,2% и 78,4% соответственно). У женщин эти симптомы встречались реже - 28,9% и 30,4% соответственно.

В 26,7% случаев нарушения осанки были зарегистрированы у женщин, что было выше, чем у мужчин (9,6%).

Приведенные выше данные статистического и клинического обследования и их анализ позволили сделать следующие выводы. В Ташкентской области высока доля мужчин, страдающих болезнью Паркинсона, но с возрастом (среди взрослых и пожилых людей) заболеваемость увеличивается среди женщин. Скорость развития (прогрессирования) заболевания у мужчин умеренная, у женщин - медленная. Факторы, способствующие развитию заболевания, выявлены в 73,0% случаев связанные с психическими травмами (психотравмы), причем у мужчин этот показатель выше, чем у женщин. Смешанный тип преобладал у мужчин и женщин (51,2% и 45,7% соответственно). Тяжесть заболевания у мужчин была несколько более выраженной, чем у женщин, для которой характерно преобладание II и III степени (47,2 и 24,8% соответственно).

В четвертой главе диссертации, озаглавленной «**Факторы риска болезни Паркинсона, систематический подход к ее профилактике**», разработана

прогностическая таблица раннего выявления факторов риска для образа жизни, медицинской активности и заболеваний у пациентов с БП.

Наследственная природа болезни Паркинсона обоснована многими исследователями [Иллариошкин С.Н., 2014, Миллер Д.Б., 2015 и др.]. Таким образом, на основании опроса было изучено наличие болезни Паркинсона среди близких родственников пациентов, и у 35,5% пациентов (группа событий) встречалась болезнь Паркинсона среди их близких родственников. В 89,5% контрольной группы среди близких родственников заболевания не наблюдалось. Это означает, что у людей с болезнью Паркинсона в потомстве вероятность развития этой болезни в 4,7 раза выше (SHN-4.7).

Возраст и образование пациентов также являются важным фактором заболевания. Пациенты старше 60 лет имели вдвое большую вероятность развития заболевания (SHN -2,1).

Среди пациентов с болезнью Паркинсона 29,2% были промышленными рабочими, 32,0% сельскохозяйственными рабочими, 4,8% строителями, 4,8% дорожными рабочими и 6,8% работниками, контактирующими с пищевыми продуктами. В группе инцидентов наибольший процент приходился на рабочих промышленных предприятий и сельскохозяйственных рабочих. Было отмечено, что риск заболевания среди работников этого сектора был в 2,4 раза выше, чем среди работников других отраслей. Также было обнаружено, что связь с факторами риска увеличивается с повышением опыта работы. В частности, было отмечено, что риск заражения этой болезнью увеличился в 2,1 раза (ШН -2,1) при 10-15-летнем стаже работы и в 3,5 раза (ШН-3,5) при более чем 15-летнем опыте.

У 25,2% пациентов план работы не был организован должным образом, гигиенические требования на рабочем месте, а также микроклимат предприятия не соответствовали гигиеническим требованиям, а у 18,4% имелись профессиональные вредности.

По распределению алкоголя в основной и контрольной группах и распределению семейных отношений средний контингент употребления алкоголя составлял 29,5%. Употребление алкоголя подростками в экспериментальной группе было в 3,2 раза выше, чем в контрольной группе.

В профилактике заболеваний важно своевременно обратиться к врачу при острых и хронических заболеваниях. Своевременное обращение к врачу при острых и хронических заболеваниях в 2 раза выше в контрольной группе, чем в группе пациентов. Около 30,5% респондентов, прошедших профилактическое медицинское обследование за последние 2–3 года опроса, признали, что не прошли полное медицинское обследование. В контрольной группе этот показатель составил 14,1%.

Мы также изучили отношение респондентов к медицинской услуге, согласно которому 60,0% заявили, что всегда обращаются за медицинской помощью и полностью удовлетворены услугой. Также было обнаружено, что 23,6% пациентов были недовольны медицинской помощью, 2,4% обращались только за медицинской справкой, а 14,0% вообще не обращались и лечились самостоятельно, даже когда они были больны, что означает, что отношение

пациентов к медицинскому обслуживанию не было положительным.

Трудно идентифицировать, оценивать и диагностировать факторы риска заболеваний в первичной медико-санитарной помощи населения, особенно в СВП, ССП, СП. Одной из причин сложного течения болезни Паркинсона, приводящего к ранней инвалидности, является отсутствие дифференцированного подхода к ведению пациентов. У пациентов на ранних стадиях заболевания клинические признаки заболевания существенно не выражены. Это может привести к ошибкам в плане лечения даже квалифицированными врачами.

Положительный эффект дает использование специально разработанной математической модели при анализе данных о факторах риска заболеваний, факторов риска которых много. Однако оценка и прогноз воздействия каждого из них на организм требует от медицинского работника много времени. Это особая проблема для медицинских работников, работающих в отделениях интенсивной терапии.

Углубленный анализ результатов исследования, аналитические методы исследования клинической эпидемиологии: выявлены факторы риска, соотношение шансов и с помощью методов прогнозирования распространенности заболевания определены ведущие факторы риска болезни Паркинсона, разработана таблица их прогноза и оценки.

Полные анамнестические данные получены от пациентов с симптомами болезни Паркинсона. Полученные анамнестические данные сведены в таблицу и определены факторы риска. Предел риска находится в диапазоне 13,0-39,2, поэтому мы разделили пределы риска на 3 интервальные группы: самый низкий уровень риска - 13,0-20,86 (30,0%), средний уровень риска - 20,87-28,72 (30%), самый высокий уровень риска - 28,73-39,2 (40%).

В соответствии с вышеизложенным мы разделили прогноз на 3 группы: группа с хорошими перспективами, группа, требующая внимания, и группа с плохими перспективами. Использование этих таблиц врачами в системе первичной медико-санитарной помощи позволяет идентифицировать группы риска до начала заболевания или группировать пациентов по степени тяжести после начала заболевания, разрабатывать индивидуальные дифференцированные меры на основе системного подхода.

При использовании таблицы медицинский персонал собирает историю болезни пациента, и после медицинского обследования обнаруженные факторы идентифицируются в этой таблице. Затем получается сумма значений, соответствующих всем факторам, и группа, к которой принадлежит пациент, записывается в соответствии с таблицей.

По уровню риска пациенты делятся на 3 группы: самый низкий уровень риска, средний уровень риска, самый высокий уровень риска. Индивидуальные меры для каждой группы риска будут записаны в их амбулаторной карте, а в конце года будет подготовлен отчет ВОПа. По мере увеличения вероятности фактора риска возрастает риск помещения пациентов в группу с плохими перспективами.

Первичные меры профилактики заболеваний проводятся с хорошей

перспективной группой с наименьшей вероятностью риска. Основное внимание уделяется профилактике заболеваний. Первый шаг - устранить существующие факторы риска или уменьшить их влияние.

В группах, требующих внимания с умеренным риском, направляются к узкому специалисту на специальные инструментальные обследования, разрабатывается индивидуальный план реабилитации, формируется здоровая диспансерная группа, ведется активный контроль и, при необходимости, по рекомендации проводится активное лечение, разрабатывается рекомендации по дневному и по рабочему режиму.

В наименее перспективных группах с наибольшей вероятностью риска пациент госпитализируется при необходимости, проводятся вторичные профилактические мероприятия: активное лечение, своевременное выявление, лечение и профилактика инфекционных заболеваний; повышение медицинских знаний пациента, его семьи, представителей общественности и активистов, сотрудников учебного заведения; формирование навыков оказания неотложной медицинской помощи и др. (Рис.5).



**Рисунок 5. План систематических профилактических мероприятий по уровням риска и по перспективным группам**

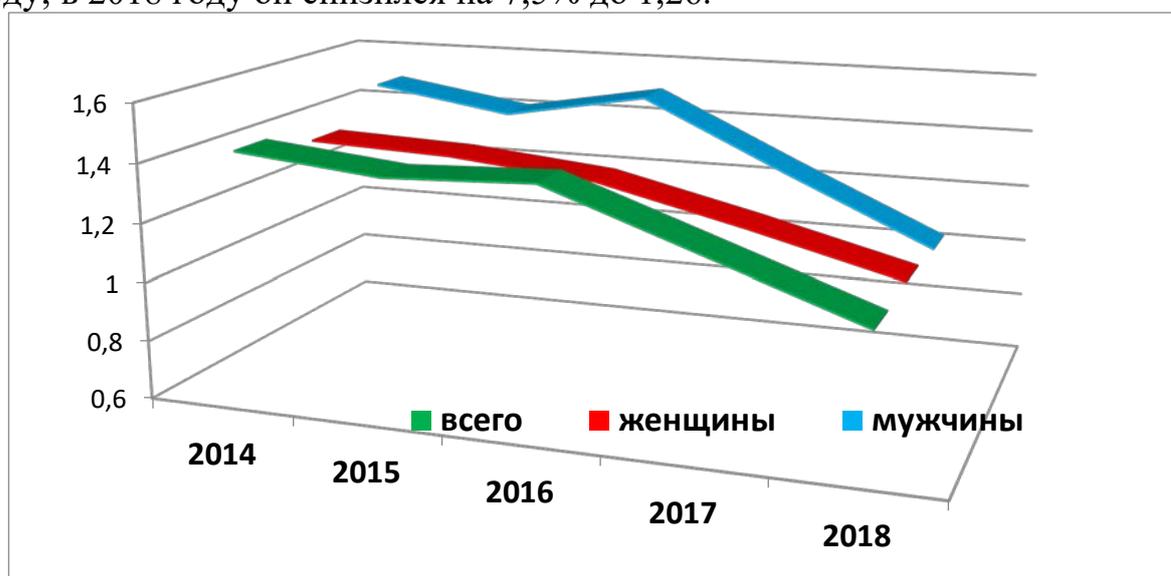
Широкое использование этой многофакторной таблицы, которая позволяет всесторонне оценить группу риска среди населения и пациентов, позволит медицинским работникам и руководителям медицинских учреждений

разработать научно обоснованные меры по снижению заболеваемости, ее раннему выявлению, диагностике и адекватной оценке лечения. Для профилактики и снижения заболеваемости паркинсонизмом среди населения, повышения эффективности вторичной и третичной профилактики БП необходимо широко внедрить программу системного подхода к профилактике, диагностике и лечению в каждом районе, городе и регионе.

Подглава диссертации, озаглавленная «**Инвалидность при болезни Паркинсон и ее особенности**», дает углубленный анализ динамики, структуры и уровня инвалидности от БП, а также социального статуса людей с ограниченными возможностями.

Хотя заболеваемость болезнью Паркинсона увеличивалась в последние годы, было отмечено, что в 2014-2018 годах среди городского населения и среди сельского населения, динамика показала значительное снижение общей инвалидности от болезни Паркинсона. В частности, в 2018 году 1,03 на 10 000 мужского населения этого возраста; а у женщин 1,05; общая численность населения составила 1,04, что на 27,3% меньше, чем в 2014 году, в 2014 году этот показатель составлял 1,49, 1,37 и 1,43 10 000 населения соответственно. Распространенность инвалидности, связанной с болезнью Паркинсона, в области составляла в среднем  $1,29 \pm 0,11$  на 10 000 населения в течение 5 лет. (таблица)

Инвалидность, связанная с болезнью Паркинсона, выше среди мужчин, чем среди женщин. В частности, в 2014 году он составлял 1,49 на 10 000 мужчин того же возраста по сравнению с 1,33 в 2018 году. У мужчин инвалидность снизилась на 10,5% в динамике за 5 лет. Аналогичная тенденция наблюдалась среди женщин - 1,37 на 100 000 женщин этого возраста в 2014 году; в 2018 году он снизился на 7,5% до 1,26.



**Рисунок 6. Динамика болезни Паркинсона в Ташкентской области (на 10 000 населения)**

В Ташкентской области первичная инвалидность была выше у мужчин, чем у женщин (57:43). Хотя это единичный показатель для полов в возрасте 16–39 лет, доля мужчин выше (52:48) ( $r < 0,0001$ ) в группах 40–60 лет и старше 60 лет. Это означает, что уровень первичной инвалидности увеличивается с

возрастом населения. Результаты эпидемиологического исследования показали, что распространенность паркинсонизма среди взрослого населения в сельской и городской местности Ташкентской области составила  $1,92 \pm 0,32$  и  $1,23 \pm 0,07$  соответственно ( $p < 0,001$ ). Степень инвалидности в области ( $1,92 \pm 0,32$ ) соответственно) была выше, чем в городской местности ( $1,23 \pm 0,07$  соответственно) ( $p < 0,001$ ).

Инвалидность I группы от болезни Паркинсона в Ташкентском районе  $0,29 \pm 0,11$ ; II группа  $1,14 \pm 0,21$ ; III группа составила  $0,22 \pm 0,10$  (на 10 000 жителей). В области превалировало инвалидность II группы.

Отсюда следует, что основной частотой инвалидности от болезни Паркинсона в регионе была инвалидность II группы, в том числе II группы 68,9%, I группы 17,7%, III группы 13,4%

Анализ гендерного распределения групп инвалидности показал, что мужчины преобладали среди всех групп инвалидности, особенно между группами I и II: 63,4 и 58,4% соответственно, а в группе III соотношение мужчин и женщин составляло 51:49.

В ходе исследования мы также проанализировали такие данные, как стаж работы, образование и род занятий, продолжительность инвалидности инвалида. Когда мы проанализировали стаж работы людей с ограниченными возможностями, выяснилось, что 31,4% из них имели стаж работы 20 и более лет. 25,7% оказались в возрасте 17-20 лет, 21,8% - 11-16 лет и 21,1% - со стажем работы до 10 лет. 78,9% людей с ограниченными возможностями имеют стаж работы более 10 лет. Было обнаружено, что существует сильная корреляция между трудовым стажем работников и степенью инвалидности ( $r = 0,76 \pm 0,03$ ), а это означает, что увеличение стажа работы увеличивает риск развития болезни Паркинсона.

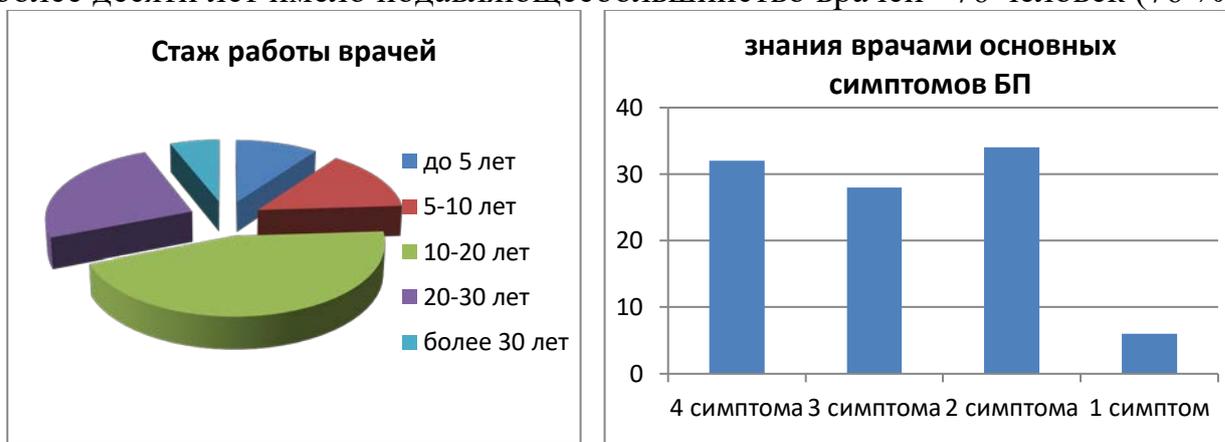
Одна из причин болезни Паркинсона и причин ее инвалидности заключается в том, что пациенты длительное время работают в районах, контактирующих с химическими веществами, включая сельское хозяйство или промышленные предприятия. По результатам отмечено то что 56,3% городского населения - работники промышленных предприятий, а 55,8% проживающего в сельской местности - сельскохозяйственные рабочие.

Большинство инвалидов с болезнью Паркинсона имели среднее образование, что составляет 58,5%. Также 18,6% имеют высшее образование и 28,9% - среднее специальное образование. 12,4% людей с ограниченными возможностями - домохозяйки. У большинства инвалидов - 71,4% - инвалидность выявлена за последние 5 лет. 22,8% сообщили об инвалидности в ближайшие 5–10 лет, а 5,8% сообщили об инвалидности на 10 лет и более. Следует отметить, что около 50% людей с ограниченными возможностями, проживающих в Ташкентской области, подали с опозданием на регистрацию группы инвалидов.

В пятой главе диссертации **«Оценка современного уровня знаний врачей первичного звена здравоохранения вопросов диагностики и лечения болезни Паркинсона»** проведена оценка знаний врачей общей практики и невропатологов четырех районов Ташкентской области. Оценены

знания врачей в области клинической диагностики и фармакологии БП и приверженности к назначению современных препаратов, а также оценена вовлеченность пациентов в лечение, их комплаентность к терапии путем анкетирования 100 врачей поликлиник и стационаров и 50 больных БП.

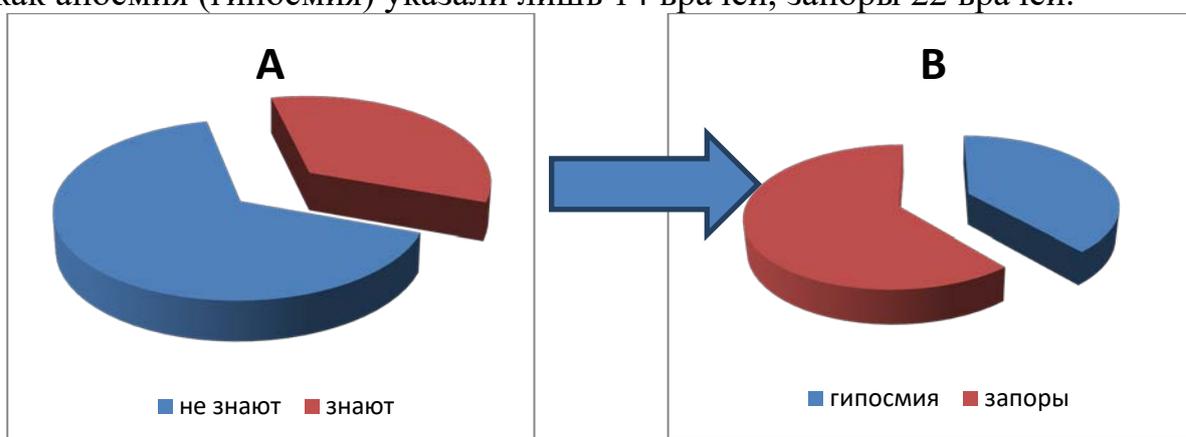
Стаж работы врачей варьировал от 1 года до 43 лет, при этом стаж работы более десяти лет имело подавляющее большинство врачей – 76 человек (76 %).



**Рисунок 6. Стаж работы врачей и знание ими основных моторных симптомов**

При оценке степени информированности врачей о критериях диагностики БП разработанных Банком головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании и использовании их при постановке диагноза, выявлено, что более 80% врачей их не используют (не знают или не помнят точно), лишь 20 врачей их используют.

В связи с вышесказанным, необходимо иметь информацию о знании врачами основных клинических проявлений БП. При проведении опроса 36% врачей перечислили все 4 основных моторных симптома БП, 30% врачей перечислили 3 симптома, 34% врачей 2 симптома. О немоторных симптомах не знают более половины врачей (66%), остальные 34% врачей перечисляли часть немоторных симптомов, из них такие патогномичные симптомы БП как аносмия (гипосмия) указали лишь 14 врачей, запоры 22 врачей.



**Рисунок 7. Осведомленность врачей о немоторных симптомах БП (А), из них гипосмии и запоры (В)**

О лекарственных осложнениях (как ранних, так и поздних) информированность врачей была очень низкой, она составила 22%. К ним

практически все врачи отнесли тошноту, рвоту, головокружения (ранние осложнения) и флуктуации, акинетический криз (поздние осложнения). Практически никто не отметил периоды застываний (freezing- синдром), дистонии, психозы. Лишь 20% врачей при постановке диагноза выставляли стадию заболевания по Хен и Яру.

С учетом различных вариантов БП нам было интересно оценить возможности лечебной тактики в каждом случае, а также информированность врачей о новых препаратах. В купировании моторных симптомов, при инициации лечения большинство врачей (50%) использовали холинолитики (циклодол), реже дофаминергические препараты (препараты леводопы) (40%). Из числа современных препаратов (агонистов дофаминовых рецепторов, амантадинов, ингибиторов МАО типа В) чаще применялся ПК-Мерц (10%). Намного реже в составе комбинированной терапии применялся синдранол (14 % врачей).

Далее мы провели опрос-интервьюирование пациентов с БП. Основная цель опроса было выяснить: где им был выставлен диагноз, с каких препаратов была начата терапия, их комплаентность терапии и информированность пациентов об осложнениях терапии и препаратах недопустимым к применению при их диагнозе.

Из 50 пациентов с диагнозом БП лишь 1/3 часть (17 пациентов) ответили, что диагноз им был выставлен в СВП или поликлинике, остальные пациенты обращались в стационары города или в Ташкент. Из 17 пациентов 10 пациентов начали терапию БП с холинолитика (циклодол), 6 пациентов с препаратов леводопы и 1 пациент с амантадина.

Из 2/3 пациентов, обратившихся в городские медицинские учреждения инициация терапии была в 45% случаев с препаратов леводопы, в 30% случаев с амантадина сульфата и в 24% случаев с циклодола. При инициации терапии у пациентов не учитывался возраст, наличие коморбидных заболеваний, данные психологического состояния пациента. При развитии ранних побочных эффектов терапии препаратами леводопы не назначались препараты (антагонисты периферических дофаминовых рецепторов) ни в одном случае из 10 случаев. Не проведены разъяснительные работы по образу жизни, по нелекарственной терапии БП. Пациенты не были осведомлены о препаратах недопустимых к применению при терапии препаратами леводопы, а также при БП.

Сегодня образовательный процесс врачебных кадров претерпел существенные изменения. Постоянно проводятся конференции, симпозиумы, которые в последние годы выносятся в регионы, идет чтение лекций, проведение семинаров ведущими специалистами в области нервных болезней, широко доступны интернет-сессии, материалы которых специалист может просмотреть в свободное время. В связи с этим следующей задачей нашего исследования было проведение лекций, мастер-классов по современным принципам диагностики, лечения и ведения пациентов с БП для врачей первичного звена здравоохранения. Данная часть работы проведена среди врачей 4 районов Ташкентской области (Ахангаранской, Юкори и

Уртачирчикской, Пскентской) среди 100 врачей.

Эти врачи были опрошены по вопроснику, результаты опроса приведены выше до лекций. После прослушанных лекций, через 6 месяцев те же врачи отвечали на вопросы нашего вопросника и нами было изучено, изменился ли уровень врачебных знаний о диагностике, лечении и ведение пациентов с БП.

В результате анализа заполненных вопросников выявлено значительное улучшение знаний врачей, касающихся как факторов риска развития заболевания, клинических признаков, так и вопросов лечения основных моторных и немоторных симптомов заболевания.

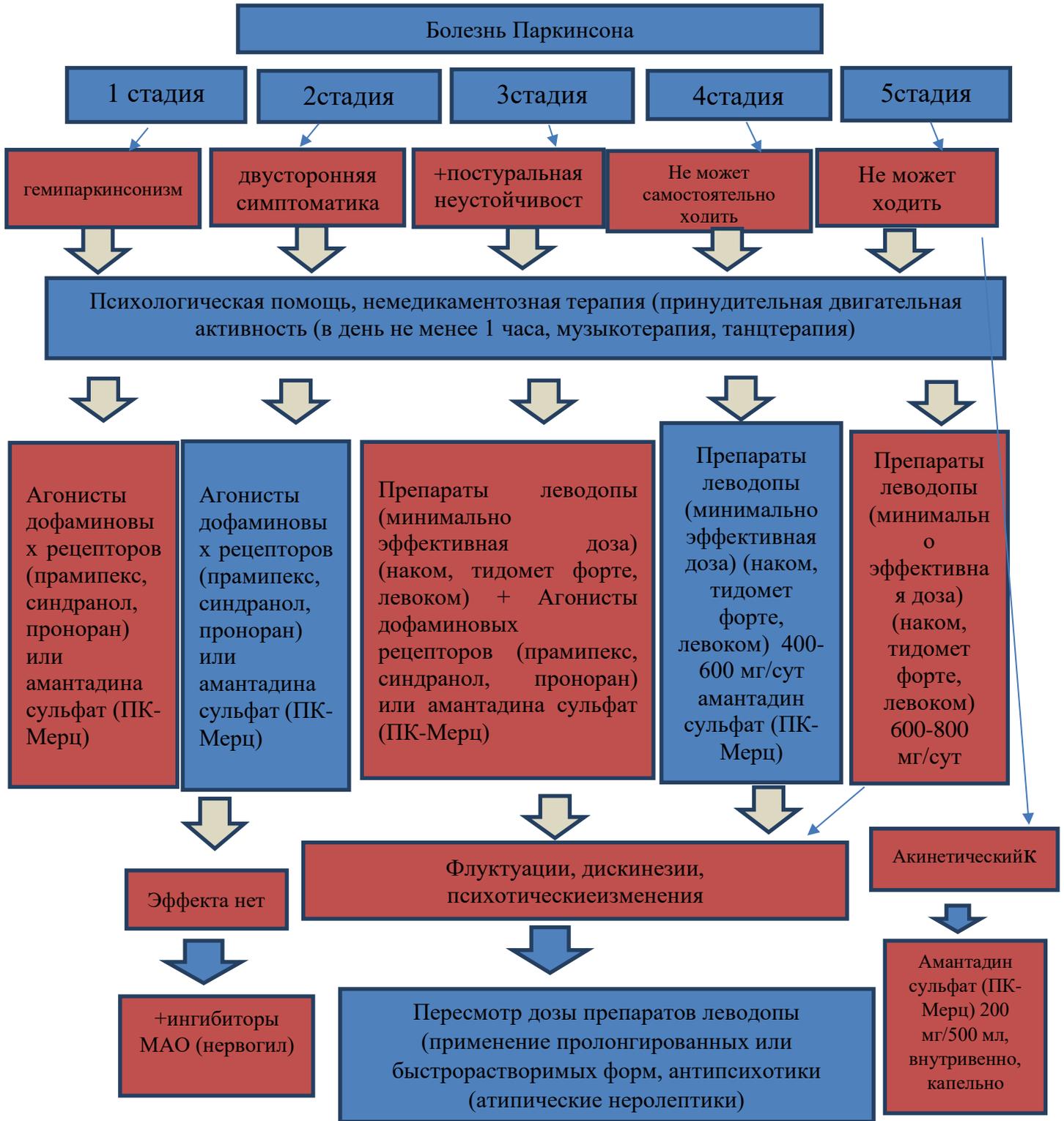
Также мы отметили, что несколько изменилась структура заболевания. В результате проведенных работ врачи стали чаще диагностировать формы БП, определять стадии болезни и в зависимости от этого определять тактику ведения и лечения пациентов.

К сожалению, остаются сложными для врачей вопросы коррекции поздних осложнений БП, устранение немоторных симптомов БП, коррекции лекарственных осложнений.

Таким образом, успешному решению диагностических задач по выявлению БП врачом первичного звена здравоохранения способствовало обучение врачей и повышение грамотности больных по вопросам клинических проявлений, диагностике и терапии заболевания.



## Алгоритм терапии болезни Паркинсона



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Исходя из динамики заболеваемости с болезнью Паркинсона (2015-2018 гг.) в Ташкентской области заболеваемость увеличилась на 10,2%. Большинство пациентов с этим заболеванием находятся в трудоспособном возрасте от 40 до 60 лет. Когда мы проанализировали распространенность болезни среди полов, мы обнаружили, что заболеваемость паркинсонизмом в сельской местности была выше у мужчин, чем у женщин. Это соотношение по региону 1,5:1,0.

2. При клинико-неврологическом анализе пациентов с БП средняя продолжительность заболевания составила  $4,7 \pm 4,08$  года, в том числе  $4,5 \pm 3,6$  года у мужчин и  $5,1 \pm 3,0$  года у женщин. У 77,6% мужчин болезнь развивается умеренно, у женщин - медленно (62,6%). 73,0% пациентов имели в анамнезе психические травмы, причем у мужчин этот показатель был выше, чем у женщин (74,4% и 70,6% соответственно).

3. У пациентов с плохо организованным режимом труда существует множество вредных производственных факторов. Условия проживания больных, семейный настрой, отношение к медицинской помощи неудовлетворительны. Вредные привычки, генетическая предрасположенность, отношение к своему здоровью, питанию, социальному положению, характеру работы, отношение к медицинской помощи - ведущие факторы риска заболевания. Эти факторы приводят к резкому снижению физической активности, эмоционального и психического состояния, негативно влияют на качество жизни пациентов.

4. Прогностическая таблица, которая направлена на раннее выявление факторов риска БП, позволяет врачам общей практики первичного звена здравоохранения на раннем этапе выявлять пациентов с риском болезни Паркинсона. Это, в свою очередь, способствует организации и осуществлению первичных профилактических мероприятий, дифференцированному и индивидуальному подходу к лечению болезни Паркинсона.

5. Было отмечено, что общая инвалидность, связанная с болезнью Паркинсона в Ташкентской области за 5 лет в среднем составила  $1,29 \pm 0,11$ , и в 2018 году снизилась на 27,3% по сравнению с 2014 годом, при этом инвалидность среди мужчин была выше, чем среди женщин. В сельской местности первичная инвалидность была выше у мужчин, чем у женщин (57:43). Было отмечено, что частота первичной инвалидности увеличивается с возрастом. Основную часть инвалидности от болезни Паркинсона составляла II группа, которая составила 68,9%, тогда как I группа 17,7% и III группа 13,4%.

6. Анализ стажа работы пациентов с БП с инвалидностью показал, что 31,4% из них имели стаж работы 20 и более лет. У 25,7% пациентов 17-20 лет, 21,8% - 11-16 лет и 21,1% - стаж работы составил 10 и менее лет. 78,9% пациентов с БП с инвалидностью имеют стаж работы более 10 лет. Было

обнаружено, что существует сильная корреляция между стажем работы работников и уровнем инвалидности ( $r = 0,76 \pm 0,03$ ), это означает что увеличение стажа работы увеличивает риск развития болезни Паркинсона.

**ONE TIME SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 ON  
AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE CENTER FOR THE  
DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL QUALIFICATION OF  
MEDICAL WORKERS**

---

**TASHKENT STATE MEDICAL INSTITUTE**

**BOBOYEV KOBILJON KAMALOVICH**

**ASSESSMENT OF THE EPIDEMIOLOGICAL STATE OF PARKINSON'S  
DISEASE AND IMPROVEMENT OF THERAPEUTIC AND PREVENTIVE  
CARE (BY THE EXAMPLE OF THE TASHKENT REGION)**

**14.00.33-Public health. Healthcare management  
14.00.13 – Neurology**

**ABSTRACT OF DISSERTATION OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2023**

**The theme of PhD dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of Republic of Uzbekistan under № B2022.2.PhD/Tib1007.**

The dissertation was carried out at Tashkent State dental institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is published on the website of the Scientific Council (www.tipme.uz) and on the Information educational portal «ZiyoNet» web-site www.ziynet.uz.

**Scientific consultants:**

**Rizayev Jasur Alimjanovich**

Doctor of medical sciences, professor

**Raimova Malika Mukhamedjanovna**

Doctor of medical sciences, docent

**Official opponents:**

**Iskandarova Shakhnoza Tulkinovna**

Doctor of medical sciences, professor

**Abdullayeva Nargiza Nurmamatovna**

Doctor of medical sciences, professor

**Leading organization:**

**Bukhara State Medical Institute after named  
Abu Ali ibn Sino**

The defense will be held on " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2023 y. at \_\_\_\_\_ o'clock at the meeting of One time Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 at the Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers (Address: 51 Parkent str., Mirzo Ulugbek district, 100007, Tashkent. Phone/fax: (+99871) 268-17-44), e-mail: info@tipme.uz).

The PhD dissertation can be reviewed at the Information-resource center of Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers (is registered under № \_\_\_\_ ). Address: 51 Parkent str., Mirzo Ulugbek district, 100007, Tashkent. Phone/fax: (+99871) 268-17-44).

Abstract of dissertation sent out on " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2023 year.  
(Registry record № \_\_ from " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2023 year.)

**Kh.A. Akilov**

Chairman of the One time Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of medical sciences, professor

**N.N. Ubaydullaeva**

Scientific secretary of the One time Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of medical sciences, docent

**B.G. Gafurov**

Chairman of the Scientific seminar of the One time Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of medical sciences, professor

## **INTRODUCTION (abstract of the doctor of philosophy (PhD) dissertation)**

**The aim of research work.** Based on the study of epidemiological data on Parkinson's disease (on the example of the Tashkent region), the development of measures to further improve measures aimed at providing primary health care to patients with this disease.

**The object of the research.** The paper presents statistical data on the incidence and prevalence of Parkinson's disease and disability in Parkinson's disease in cities and districts of the Tashkent region; 200 patients with Parkinson's disease (main group) and 200 people living in similar conditions, but without Parkinson's disease (control group); patients with Parkinson's disease (total 100 people) who were treated in neurology departments, central clinics and hospitals.

### **The scientific novelty of the research work**

a high incidence and rapid progression of the disease in men, due to the wide spread of risk factors in men compared to women, have been established;

significant risk factors in the development of Parkinson's disease (unsatisfactory living conditions of patients, unsatisfactory mental state in the family, genetic predisposition, work related to agriculture) were identified and their negative impact on the quality of life was assessed;

a deep analysis of the dynamics of disability in Parkinson's disease and the main causes of its development was carried out. The level of disability is higher in men than in women, as well as in the mixed form of PD;

measures have been developed to optimize the diagnostic, therapeutic and preventive care provided to patients both in the initial and late stages of the disease in the conditions of primary health care institutions and neurologists.

### **Implementation of the research results.**

Based on the scientific results obtained

approved methodological recommendations "Clinical signs and aspects of their treatment in the early and late stages of Parkinson's disease" (Reference of the Ministry of Health No. 8n-z / 420 dated November 9, 2021). These guidelines allow you to study the lifestyle and living conditions of patients, determine the leading risk factors and draw up prognostic tables based on them, as well as carry out individual differentiated therapeutic and rehabilitation measures;

Approved methodological recommendations "Optimizing the diagnosis of Parkinson's disease and analysis of disability factors" (Ministry of Health certificate No. 8n-z / 336 dated April 20, 2021). These methodological recommendations make it possible to calculate the economic damage from Parkinson's disease and disability, reduce this damage when implementing the developed measures, and improve the quality of life and self-care of patients through individually differentiated treatment and rehabilitation measures.

The results of a comprehensive study of patients with Parkinson's disease and improvement of medical and social care have been introduced into the healthcare system, including in the treatment and prevention activities of the neurological department of the 1st clinic of the Samarkand State Medical Institute, the rehabilitation department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical

Academy, the neurology department of the 5th city clinical hospital of the city Tashkent (Conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-z / 419 dated November 9, 2021).

**Publication of the research results.** Publication of the results of the study. 20 scientific papers have been published on the thesis, including 9 articles in scientific journals recommended for publication of the main scientific results of doctoral theses of the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan, 7 of them in national and 4 in foreign journals.

**The structure and volume of the dissertation.** The structure of the thesis consists of an introduction, five chapters, a conclusion, a list of used literature and an appendix. The volume of the thesis is 120 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (Часть I; Part I)**

1. Rizaev J.A., Raimova M.M., Boboev K. K., Muhamedsaidova I. A. Analysis of factors of invalidation with Parkinsons disease and the ways of their correction (on the example of Tashkent Region) // Global Journal of Medical, Physical and Health Education USA.-2019.-Vol. 7(3).-p 267-270. (14.00.00; (5) Global impact factor 0,676)

2. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. Мухамедсаидова. И.А., Тошкент вилоятида Паркинсон касаллигининг ёши ва жинсига хос хусусиятлари // Journal of Biomedicine and Practice. - 2019.-№ 2.- С.8-13. (14.00.00; №24).

3. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. Абдуллаева М.Б., Паркинсонизм: таснифи, клиникаси ва медикаментоз даволаш асослари// Стоматология.-2019.- № 1(74).- С.64-67. (14.00.00; №12).

4. Rizaev J.A., Raimova M.M., Boboev K.K., Buranova D.D., Kenjaeva G.S., Abdullaeva M.B. Analysis of Anamnestic and Clinical Neurological Data Of Patients With Parkinson’s Disease In Tashkent Region. // Solid State Technology.- 2020.-Volume: 63 Issue:6.-p. 15246-15254. (14.00.00; (3) SCOPUS)

5. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. Паркинсон касаллигининг Тошкент вилояти мисолида гендер хусусиятлари // Биология ва Тиббиёт муаммолари, Самарканд – 2020. – № 1.1 (117). – 504-505-б. (14.00.00; №19).

6. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. Тошкент вилоятида Паркинсон касаллиги касалланиш динамикаси ва таркалганлигининг узига хос хусусиятлари. // Биология ва Тиббиёт муаммолари.-2020.-№2(118). - 106-111-б. (14.00.00; №19).

7. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. Поздние моторные и немоторные осложнения паркинсонизма // Неврология.-2020.-№2(82).- С.43-45. (14.00.00; №4).

8. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. Оценка современного уровня знаний врачей первичного звена здравоохранения вопросов диагностики и лечение болезни Паркинсона // Доктор Ахборотномаси.-2020.-№4(97).- С.4-88. (14.00.00; №20).

9. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. Паркинсон касаллиги билан касалланган беморларнинг турмуш тарзи ва тиббий фаоллиги. // Биология ва Тиббиёт муаммолари.- 2021.-№ 3(128). – 97-101 – б. (14.00.00; №19).

10. Раимова М.М., Бобоев К.К., Ёдгорова У.Г., Абдуллаева М.Б., Маматова Ш.А. Сравнительная характеристика немоторных проявлений болезни Паркинсона и сосудистого паркинсонизма. // “Journal of neurology and neurosurgery research, 2021-special issue 1. – p. 88-92. Impact Factor: 5.682.

11. Раимова М.М., Бобоев К.К., Ёдгорова У.Г., Маматова Ш.А. Тошкент вилояти аҳолиси орасида Паркинсон касаллигида ҳаёт сифати ва психо-

эмоционал ҳолатининг хусусиятлари // Биология ва Тиббиёт муаммолари.- 2022.-№5(139). 168-172-б. (14.00.00; №19).

## II бўлим (Часть II; Part II)

12. Раимова М.М., Бобоев К.К. Изучение возможных факторов риска развития болезни Паркинсона в Ташкентской области. // «Фаол инвестициялар ва ижтимоий ривожланиш йилига» багишланган Еш Олимлар Кунлари республика илмий – амалий анжумани туплами. Тошкент.-2019.- 238-241 бет.

13. Раимова М.М., Бобоев К.К., Ёдгорова У.Г.Определение факторов риска развития болезни Паркинсона в Ташкентской области. // “Илм – маърифат ва ракамли иктисодиетни ривожлантириш йилига“ багишланган “Еш олимлар кунлари” ON-LINE республика илмий амалий анжумани.- Тошкент.- 2020.- 308-310 бет.

14. Раимова М.М., Бобоев К.К., Ёдгорова У.Г., Мухамедсаидова И.А.Изучение взаимосвязи между болезнью Паркинсона и синдромом беспокойных ног. // «Илм –маърифат ва ракамли иктисодиетни ривожлантириш йилига» багишланган “Еш олимлар кунлари” ON-LINE республика илмий амалий анжумани.- 2020.- Тошкент.- 277-278 бет.

15. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К Паркинсон касаллигининг Тошкент вилояти мисолида гендер хусусиятлари//Актуальные проблемы современной медицины материалы 74-й Международной научно-практической онлайн конференции студентов-медиков и молодых учёных, посвященной 90-летию Самаркандского государственного медицинского института (Самарканд, 15 мая 2020 г.) стр 504-505

16. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. Абдуллаева М.Б., Мухамедсаидова И.А., Ёдгорова У.Г.Поздние моторные и немоторные осложнения паркинсонизма. //Тиббиетда инновациялар: Йуналишлар ва истикболлар Халқаро илмий амалий анжуман материаллари. Тошкент.-2020.- 188-193 бет.

17. Raimova M.M., Boboev K.K., Yodgarova U.G. Disability In Parkinson's Disease //Using innovative technologies in improving the efficiency of education: problems and solution (online)/Scientific and International conference. -Batumi.- Georgia.-July-August 2022.- Vol.2.-№1.-p. 26-28

18. Раимова М.М., Бобоев К.К., Ёдгорова У.Г., Маматова Ш.А. Характеристика качества жизни и психоэмоционального статуса при болезни Паркинсона у жителей ташкентской области // European Journal of Science Archives Conferences Series Scopas AACHENER, Germany September 2022.- p. 134-135.

19. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. «Паркинсон касаллигининг эрта ва кечки босқичларидаги клиник белгилар ва уларни даволаш аспектлари» // методик кулланма.-Тошкент, 2021йил.

20. Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. «Паркинсон касаллигида ташхислашни оптималлаштириш ва ногиронлик факторлари тахлили» // методик кулланма.-Тошкент, 2021йил.

Автореферат «\_\_\_\_\_» журнали таҳририятида  
таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларида матнлар ўзаро  
мувофиқлаштирилди.



M U H A R R I R I Y A T V A N A S H R I Y O T B O ' L I M I

---

Разрешено к печати: 13 марта 2023 года  
Объем – 3,0 уч. изд. л. Тираж – 60. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»  
Заказ № 2234 - 2023. Отпечатано РИО ТМА  
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru